

CONSENTIMIENTO PARA TIROIDECTOMÍA.

Ciudad y Fecha:;/...../20.....

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi patología y sus riesgos, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados de la cirugía propuesta, por la presente autorizo al **Dr./a.....**....., y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención quirúrgica conocida como , que se realizará en

2. La intervención enunciada en el punto precedente me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

2.1. El tiroides es una glándula bilobulada localizada en el cuello. Las hormonas tiroideas, la tiroxina y la triyodotironina, aumentan el consumo de oxígeno y estimulan la tasa de actividad metabólica, regulan el crecimiento y la maduración de los tejidos del organismo, y actúan sobre el estado de alerta físico y mental. La glándula también secreta una hormona denominada calcitonina, que disminuye los niveles de calcio y fósforo en la sangre e inhibe la reabsorción ósea de estos iones.

La tiroidectomía consiste en la extirpación total o parcial de la glándula tiroides (tiroidectomía total, subtotal o hemitiroidectomía), según el tipo de patología que motiva la intervención quirúrgica. En la mayoría de los casos la extirpación produce una disminución de las hormonas necesitando tratamiento sustitutivo prolongado o permanente.

En los casos de tiroidectomías parciales, el resultado definitivo del estudio anátomo patológico puede indicar la necesidad de extirpar el resto de la glándula.

Mediante la tiroidectomía se pretende extirpar y analizar nódulos sospechosos de malignidad, evitar el crecimiento excesivo de la glándula, evitar la afectación de órganos vecinos y a distancia, y/o controlar los niveles hormonales.

En el caso específico del cáncer de tiroides, dependiendo de la estirpe tumoral y del estadio de la enfermedad, se requerirá un tratamiento adyuvante con I-131 (Yodo 131) y/ o radioterapia y/ o quimioterapia.

2.2. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

2.1.1 **No graves y frecuentes:** infección, sangrado, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), calambres, y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz, dolor prolongado en la zona de la operación.

2.1.2 **No frecuentes y graves:** hematomas importantes del cuello (hematoma sofocante), obstrucción laríngea, alteraciones permanentes de la voz (por lesión del nervio laríngeo inferior o recurrente), alteraciones permanentes de las paratiroides con hipocalcemia secundaria, lesión del nervio simpático, recidiva de la enfermedad.

2.1.3 **Complicaciones infrecuentes pero Graves:** La lesión de ambos nervios recurrentes (laríngeo inferior) produce una obstrucción respiratoria por parálisis de las cuerdas vocales, que requerirá la preservación de la vía aérea mediante intubación y/ o traqueostomía, pudiendo esta última resultar permanente.

Firma del paciente o representantes.

3. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

4. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.

5. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

6. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer de las complicaciones propias de la evolución de mi enfermedad:

Hipertiroidismo: Bocio (aumento del tamaño de la glándula tiroides), hipertensión arterial, arritmias e insuficiencia cardíaca, crisis tirotóxica, exoftalmos (protrusión ocular), osteoporosis, pérdida de peso, esterilidad, caída del cabello, etc.

Hipotiroidismo: Constipación, depresión, fatiga, obesidad, esterilidad, disminución del sentido del gusto y olfato, ronquera, edema, engrosamiento de la piel, etc.

Cáncer de tiroides: Progresión de la enfermedad con compromiso regional (músculos pretiroideos, nervio laríngeo recurrente, tráquea, laringe y piel), metástasis ganglionar regional, y metástasis a distancia (pulmón, huesos, hígado y cerebro).

7. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.

8. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

9. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:.....-

10. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

11. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

12. He leído este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: