

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA TIROIDECTOMÍA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La tiroidectomía es una cirugía que consiste en la extirpación parcial o la mayoría de las veces total de la glándula tiroides, según el tipo de enfermedad. La indicación más común para efectuar una tiroidectomía es la presencia de una masa en la glándula tiroides, la sospecha o demostración de un cáncer o bien como parte del manejo de un hipertiroidismo (sobreproducción de hormona tiroidea) y/o evitar el crecimiento excesivo de la glándula.

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula, comprometer órganos vecinos y a distancia y/o controlar los niveles hormonales, y extirparla en caso de neoplasia maligna.

En la mayoría de los casos su extirpación produce una disminución de las hormonas necesitando tratamiento suplementario indefinido con levotiroxina, el resultado de la biopsia puede modificar el diagnóstico, recomendando en algunos casos una reintervención para extirpar el resto de la glándula o enfermedad de los ganglios involucrados, adicionalmente.

El médico evaluará con usted la necesidad de la tiroidectomía, total o parcial, basada en su historia clínica, sus exámenes de laboratorio y pruebas de exploración de su glándula tiroides.

Los test más frecuentes para esta evaluación son los estudios de hormonas tiroideas, ecografía, cintigrafía, TAC de cuello y la punción biopsia con aguja fina.

La extensión final de su tiroidectomía (extirpación total o parcial de un lóbulo o la extirpación de ambos lóbulos del tiroides), puede en algunos casos ser decidida en el curso de la operación misma (biopsias intraoperatorias) lo que puede significar que la magnitud de la resección sea en algunos casos mayor a la que se le haya planteado antes de iniciar la operación. Hay que hacer notar que la biopsia intraoperatoria sólo sugiere posible diagnóstico y está sujeta a falla, por lo tanto, el diagnóstico definitivo tiene que esperar la biopsia diferida (informe de biopsia emitida por médico especialista).

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar el tratamiento adecuado (vaciamientos ganglionares en caso de hallazgos de metástasis). Dentro de ellos, puede citarse el compromiso con tumor de órganos adyacentes como musculatura cervical, tráquea, esófago, nervios laríngeos, etc. Puede, además, existir enfermedad en los ganglios cervicales no pesquisados previamente por exámenes de imágenes, debiendo extirparlos o así también pudiera requerirse efectuar un autotrasplante o autoinjerto de paratiroides, cuando alguna de estas glándulas se encuentre intratiroidea o subcapsular, asegurando con ello la mantención adecuada de los niveles de calcio en la sangre.

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, asma, tabaquismo, anemia, edad avanzada, inmunosupresión, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Infección
- Sangrados
- Hematomas o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica
- Calambres y hormigueos por descenso transitorio en los niveles del calcio en la sangre
- Alteraciones transitorias de la voz o la deglución dada la inflamación de los nervios laríngeos
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves:

- Hematomas o hemorragias importantes del cuello que requieren de una reintervención quirúrgica de urgencia
- Alteraciones permanentes de la voz y/o la deglución por la parálisis de los nervios laríngeos, uni o bilateral.
- En caso excepcional de ser bilateral, pudiera ser necesaria una traqueostomía.
- En caso de alteraciones permanentes de las paratiroides, pudiera requerir suplemento de calcio y vitamina D en forma indefinida.
- Recidiva de la enfermedad en patología tumoral.
- En caso de enfermedad tumoral maligna y compromiso ganglionar en compartimientos cervicales laterales, la cirugía es más larga y de mayor complejidad. En ese contexto, pudiera producirse la inflamación de algunos nervios (ejemplo: Nervio espinal, nervio frénico) o también la presencia de una Fistula linfática por compromiso del conducto torácico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamientos médicos (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica. En caso de alteración hormonal la alternativa sería el tratamiento médico indefinido. En el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz, siendo la mejor opción la cirugía.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía Tiroidectomía**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA TIROIDECTOMÍA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)