

Doctor Luis Javier Cárdenas

Cirujano Gastrointestinal Laparoscopista y de
Obesidad

Doctora Hebe Angélica Avilés V.

Cirujana General Laparoscopista y de
Obesidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cirugía “Tiroidectomía Total o Parcial”

INFORMACION GENERAL

Mediante este procedimiento se pretende extirpar y analizar nódulos sospechosos de malignidad, evitar el crecimiento excesivo de la glándula, afectación de los órganos vecinos y a distancia y/o controlar los niveles hormonales de ésta glándula. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA TIROIDECTOMIA

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de la glándula tiroides, según el tipo de afectación. En alguno de los casos, o la extirpación total produce una disminución de las hormonas necesitando tratamiento sustitutivo indefinido, incluso en los casos donde no se han podido preservar las paratiroides teniendo que tomar Calcio en forma indefinida. A veces, el resultado definitivo de la biopsia recomienda una re intervención para extirpar el resto de la glándula. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía se tengan que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE LA TIROIDES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión. edad avanzada, anemia, obesidad), y los específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, flebitis, calambres y hormigueos transitorios en las manos que seden con tratamiento, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Hematomas importantes del cuello, alteraciones permanentes de la voz, alteraciones permanentes de las paratiroides, recidiva de la enfermedad, tromboembolia, lesión permanente del Nervio Laríngeo Recurrente que inerva las cuerdas vocales, Neumotórax.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos. sueros. etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia o unidad de cuidados intensivos. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos del Hospital seleccionado están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En caso de alteración hormonal, la alternativa podría ser el tratamiento médico indefinido o Ablación con Yodo Radioactivo 131. En el resto de los casos no existe una alternativa terapéutica eficaz siendo la mejor opción la cirugía.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Yo, Sr. /Sra. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **TIROIDECTOMIA TOTAL O PARCIAL**

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según dispone la Ley 68. Del 20 de noviembre del 2003. Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Luis Javier Cárdenas y/o la Dra. Hebe Angélica Avilés.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Panamá a _____ de _____ del _____

| TESTIGO | PACIENTE | MEDICO |
|----------------|-----------------|----------------|
| Sr./Sra. _____ | Sr./Sra. _____ | Dr./Dra. _____ |
| Firma _____ | Firma _____ | Firma _____ |
| Ced _____ | Ced _____ | Ced _____ |

Denegación o Revocación

Yo, Sr. /Sra. _____. Después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Panamá a _____ de _____ del _____

| TESTIGO | PACIENTE | MEDICO |
|----------------|-----------------|----------------|
| Sr./Sra. _____ | Sr./Sra. _____ | Dr./Dra. _____ |
| Firma _____ | Firma _____ | Firma _____ |
| Ced _____ | Ced _____ | Ced _____ |