

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CENTRO SANITARIO****SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) REALIZACIÓN DE PARATIROIDECTOMIA**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:****EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

La paratiroidectomía es la técnica quirúrgica que consiste en la extirpación, total o parcial, de las glándulas paratiroides. Éstas son cuatro glándulas, situadas en la cara posterior de la glándula tiroides, y cuya función es la producción de una hormona (llamada PTH) encargada de la regulación del metabolismo del calcio.

Las causas más frecuente de intervención son el aumento de dicha hormona en sangre, la presencia de un aumento de tamaño de dichas glándulas que no mejora con tratamiento médico o que hay la sospecha de un tumor maligno.

También, el hiperparatiroidismo puede aparecer acompañando a otras enfermedades o síndromes más complejos. Por ello, dentro del tratamiento de éstos, se puede contemplar la extirpación de las glándulas paratiroides.

La paratiroidectomía puede ser parcial, extirpándose alguna de las cuatro glándulas, o total, extirpando las cuatro. En éste último caso, es necesaria una medicación sustitutiva hormonal, de forma continuada, para conservar la función que realizaban las glándulas antes de la operación.

**CÓMO SE REALIZA:**

La intervención se lleva a cabo con anestesia general. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

Se llega a las glándulas paratiroides, a través de una incisión de forma horizontal, a unos 3 cm de la base del cuello, siguiendo un pliegue cutáneo natural para conseguir que la cicatriz sea lo más estética posible.

En algunos casos, es necesario extirpar los ganglios cercanos a la glándula durante la misma intervención por lo que habría que ampliar la incisión. También puede ser necesario añadir a la cirugía algún tratamiento complementario como la radioterapia o la quimioterapia.

Es preciso hacer controles de los niveles de calcio en sangre después de la intervención, de forma seriada, para evitar complicaciones. Si los niveles son bajos o hay signos de entumecimiento, parestesias o calambres, será necesario instaurar tratamiento médico con hormonas paratiroides.

---

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

Tras la intervención puede notar algunas molestias en la zona intervenida, base del cuello, con ligera dificultad a la movilización del mismo.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Mejoría de los síntomas provocados por el hiperparatiroidismo. En otros casos la intervención facilita el diagnóstico definitivo del proceso.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

En el hiperparatiroidismo, el tratamiento médico puede ser una alternativa válida siempre que se cumplan determinados criterios médicos.

En el caso de tumores malignos, puede existir la alternativa de la radioterapia o de la quimioterapia. Son alternativas que deben valorarse con su especialista ya que pueden tener menores probabilidades de éxito.

En el caso de tumores malignos, abandonados a su evolución espontánea, su crecimiento provocaría complicaciones graves e incluso la muerte.

En su caso:

---

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia que suele ceder en unas horas si la hemostasia (la capacidad de coagulación del paciente) es normal.
- Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se

produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa –el polo negativo– colocado en el muslo o en la espalda del paciente.

- Adormecimiento y dolor de la zona de la herida operatoria, así como pequeñas imperfecciones estéticas de la zona quirúrgica.
- LOS MÁS GRAVES:
  - Hemorragia postoperatoria severa con acumulación de sangre en el cuello: sería necesaria una nueva intervención para revisar la herida quirúrgica. Si llegase a comprimir la tráquea podría requerir la realización de una traqueotomía (apertura de un orificio en el conducto respiratorio), de forma temporal.
  - Infección durante el período postoperatorio que incluso pudiera generalizarse por el paso de la infección a la sangre.
  - Afectación temporal o permanente del nervio laríngeo: debido a la proximidad del nervio laríngeo (llamado nervio recurrente), que es el responsable del movimiento de la cuerda vocal, una de las complicaciones más frecuentes de esta intervención es la afectación temporal o permanente de dicho nervio, lo que provocaría disfonía (ronquera) o, si la afectación es de los dos nervios, causaría una dificultad para respirar que en algunas ocasiones, requiere realizar una traqueotomía.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

---

#### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

---

#### OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

---

#### OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

#### 1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)



CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
------------------	----------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)  
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

\_\_\_SI \_\_\_NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

\_\_\_SI\_\_\_NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
------------------	----------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_