

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDEAS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las glándulas paratiroides son 4 glándulas situadas en el cuello (detrás de la tiroides), cuya función es producir la hormona paratiroidea (PTH), esta se encarga de regular el nivel de calcio en la sangre. Si las glándulas funcionan en exceso (hiperparatiroidismo), o si una de ellas crece de forma excesiva, se produce un aumento de calcio en la sangre.

Si se identifica una de las glándulas como responsable de la hiperfunción, solo se hace la extirpación de esta (paratiroidectomía selectiva), mientras que si afecta a las cuatro glándulas, la extirpación incluye 3 de ellas y una parte de la cuarta (paratiroidectomía subtotal). La decisión de qué tipo de extirpación se hace, se puede tomar antes de la intervención, aunque se puede modificar la técnica en función de los hallazgos intraoperatorios.

La cirugía se hace bajo anestesia general y a través de una incisión en la cara anterior del cuello se separa con cuidado de la tiroides y se extirpa la(s) glándula(s) afectada(s). En algunos casos puede hacerse una extirpación asistida por endoscopia. En raras ocasiones, tras completar la cirugía se dejan colocados en la zona uno o dos drenajes, de forma provisional.

Los niveles de calcio se comprueban antes y después de la cirugía para evaluar la eficacia de la intervención.

La finalidad de la técnica es corregir la hipercalcemia (aumento del nivel de calcio en la sangre).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cicatriz en la región anterior del cuello.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes

- Reparición de la lesión.
- Hematoma después de la cirugía, por lo general necesita una nueva intervención.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Hipoparatiroidismo temporal o permanente (que se manifiesta con hipocalcemia), que se trata con calcio oral y vitamina D, a largo plazo.

Riesgos menos frecuentes y más graves

- Lesión nerviosa, que puede producir alteraciones en la voz (disfonía), de forma permanente o transitoria.
- Alteraciones en la deglución.
- Lesiones de la tráquea.
- Lesiones vasculares.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDEAS"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: