

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN DE NÓDULOS TIROIDEOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en destruir total o parcial uno o varios nódulos tiroideos, mediante la aplicación de calor en su interior (Radiofrecuencia, Microondas o Electroporación), según sus circunstancias personales y las características del tumor.

Se introduce una aguja fina hasta la lesión que se va a tratar, utilizando como guía alguna técnica radiológica (escáner, ecografía...) para dirigir y situar de forma muy precisa la aguja. Después se aplica la energía de manera controlada con alguna de las técnicas citadas con anterioridad.

Se trata de una intervención menor que se realiza bajo sedación endovenosa y con anestesia local. Esta técnica está indicada en nódulos benignos que han sido confirmados con punción con aguja fina (PAAF) o en aquellos que son malignos, pero que no pueden ser intervenidos quirúrgicamente por su alto riesgo.

Podrá irse a casa el mismo día o tras el tiempo necesario de recuperación.

La finalidad es conseguir la disminución progresiva del tamaño del nódulo y aliviar (sin necesidad de tratamiento quirúrgico) los síntomas que produce, como son la compresión de las estructuras cercanas o el bulto visible en el cuello. Los efectos se notan de 2 a 6 meses después del tratamiento. En ocasiones se necesita repetir la técnica para completar sus efectos.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor o molestias en el cuello.
- Hematoma superficial.
- Inflamación en el cuello.
- Fiebre.
- Ddisfonía (alteraciones en la voz), en caso de que se produzca, se debe comunicar de forma inmediata al médico de referencia. Es una alteración transitoria y reversible, pero podría producirse una alteración permanente de la voz con un tono bajo de la misma por alteración de la movilidad de una de las cuerdas vocales.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía.
- Tratamiento con medicamentos.

AUTORIZACIÓN PARA “ABLACIÓN DE NÓDULOS TIROIDEOS”

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.

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: