



## DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- 1. Què és?:** Anomenem paratiroidectomia la tècnica quirúrgica que té com a finalitat l'extirpació, total o parcial, de les glàndules paratiroides. Aquestes són quatre glàndules, situades en la cara posterior de la glàndula tiroides, i la funció de les quals és la producció d'una hormona, la PTH, encarregada de la regulació del metabolisme del calci. La causa més freqüent d'intervenció és l'augment d'aquesta hormona o hiperparatiroidisme, que no millora amb tractament mèdic o que presenta algunes característiques que aconsellen la seua extirpació, com pot ser la sospita d'un tumor maligne. La paratiroidectomia pot ser parcial, extirpant només alguna de les quatre glàndules, o total, extirpant-ne les quatre. En aquest últim cas, serà necessària una medicació substitutiva de forma continuada per a conservar la funció que realitzaven les glàndules abans de l'operació. A vegades les paratiroides es localitzen a l'interior de la glàndula tiroides per la qual cosa cal realitzar una tiroidectomia parcial (hemitiroidectomia) o fins i tot total en el mateix acte quirúrgic.
- 2. Com es realitza?:** La intervenció es realitza sota anestèsia general, a través d'una incisió que es realitza de forma horitzontal en la pell del coll. En l'operació és aconsellable, en alguns casos, deixar uno o dos xicotets tubs de drenatge per a donar eixida a restes hemàtiques i traspuades els primers dies després de la cirurgia. Després de la intervenció, serà necessari fer, de forma seriada, controls dels nivells de calci en sang. Si els nivells són baixos, serà necessari instaurar un tractament mèdic.
- 3. Quins són els riscos?** Les complicacions d'aquesta cirurgia inclouen:
  - Cicatriu i alteració estètica amb enfonsament de la zona on es trobava la glàndula.
  - Endormiscament i dolor de la zona de la ferida operatòria.
  - Hemorràgia, que pot requerir trasfusió. Si es produeix una hemorràgia postoperatòria severa, es pot produir un hematoma sufocant –l'acumulació de sang en el coll– i seria necessària una nova intervenció per a revisar la ferida quirúrgica; en cas de compressió de la tràquea, caldria fer una traqueotomia –obertura d'un orifici en el conducte respiratori– de forma temporal.
  - Infecció de la ferida quirúrgica que, fins i tot, pot generalitzar-se (septicèmia).
  - Lesió del nervi recurrent, que és el responsable del moviment de la corda vocal. Pot ocórrer per trajecte anòmal del nervi o per patologia de la glàndula. Pot lesionar-se accidentalment i que romanga paràlitzat temporalment o permanentment. Si la lesió és d'un costat, provocaria una disfonia –és a dir, una ronquera– o si l'afectació es produeix en tots dos nervis, es podria produir una situació de dificultat per a respirar que, en algunes ocasions, requeriria la realització d'una traqueotomia.

Els riscos vitals són poc freqüents, encara que, com en tot acte mèdic, i especialment per la necessitat d'utilitzar anestèsia general per a realitzar aquest procediment, podrien arribar a produir-se. Aquests riscos vitals són els propis de qualsevol cirurgia major i estan íntimament relacionats amb l'edat, l'estat general i la patologia associada que presente la persona.

- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** Millora dels símptomes provocats per l'hiperparatiroidisme. Curació o millora d'un possible procés tumoral a aqueix nivell. En altres casos, la intervenció facilita el diagnòstic definitiu d'una situació clínica. En els casos en què cal associar tiroidectomia total i a vegades en la parcial, es produeix una situació d'hipotiroïdisme que obligarà a prendre un tractament substitutiu hormonal per a tota la vida. Altres conseqüències previsibles de la realització són.....
- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** Hi ha altres alternatives mèdiques per al tractament de l'hiperparatiroidisme que pot comentar amb el metge o la metgessa. En el cas de tumors malignes que evolucionen espontàniament, el seu creixement provocarà complicacions greus i, fins i tot, la mort.
- 6. Alternatives:** En l'hiperparatiroidisme, el tractament mèdic pot ser una alternativa vàlida, sempre que es complisquen determinats criteris mèdics. En el cas de tumors malignes, pot existir l'alternativa de la radioteràpia o de la quimioteràpia, si bé són opcions que han de comentar-se amb el seu metge o la seua metgessa, que l'informarà de la millor conducta per al seu cas concret.
- 7. Riscos en funció de la seua situació:** Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són.....

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**PACIENT / PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

**REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

**PROFESSIONAL / PROFESIONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.  
*Autorizo la realización de este procedimiento.*

No autoritze la realització d'aquest procediment.  
*No autorizo la realización de este procedimiento.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de *Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*