



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

La tiroidectomía, total o parcial (hemitiroidectomía) consiste en la extirpación de la glándula tiroidea o parte de ella. La paratiroidectomía, consiste en la extirpación quirúrgica de una o más glándulas paratiroideas. El objetivo de este procedimiento es intentar conseguir el diagnóstico definitivo y la curación del proceso.

2. ¿Cómo se realiza?:

Estas intervenciones se realizan a través de una incisión en la piel del cuello. Además de la extirpación, total o parcial de las glándulas, tras la cirugía se colocan unos tubos de drenaje en el cuello, para dar salida a restos hemáticos y exudados los primeros días tras la cirugía. Si es tiroidectomía total, será necesaria medicación sustitutiva para conservar la función que realizaba la glándula antes de la operación. En el caso de efectuarse la tiroidectomía parcial, por la existencia de un nódulo cuya naturaleza no se ha demostrado maligna en los estudios preoperatorios, cabe la posibilidad de que, tras el estudio de la pieza, sea necesario practicar una tiroidectomía total, requiriéndose una nueva intervención para ello.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

Los riesgos vitales son poco frecuentes; aunque como en todo acto médico, y especialmente por la necesidad de utilizar anestesia general para realizar este procedimiento, podrían llegar a producirse. Estos riesgos vitales son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que el paciente presente. Las complicaciones de esta cirugía incluyen:

- Hemorragia aguda, que puede requerir de transfusión.
- Crisis tirotóxica: Por paso a la sangre de forma brusca y en cantidades elevadas de productos tiroideos.
- Lesión del nervio recurrente (mueve las cuerdas vocales) de un lado o ambos. Puede ocurrir por trayecto anómalo del nervio o por patología de la glándula. Puede lesionarse accidentalmente y que permanezca paralizado temporal o permanentemente. Si la lesión es de lado, aparecerán cambios en la voz. Si se lesionan los dos lados se presentará dificultad respiratoria que puede requerir de traqueotomía.
- Infección de la herida quirúrgica, que puede precisar de tratamiento antibiótico.
- Hematomas dentro del lecho quirúrgico, que pueden precisar de drenaje.
- Alteraciones en los niveles de Calcio sanguíneo, que requerirán de medicación sustitutiva de manera temporal o de forma definitiva.
- Cicatriz y alteración estética con hundimiento de la zona donde se hallaba la glándula.
- Adormecimiento y dolor de la zona de la herida operatoria.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

En caso de practicar tiroidectomía total y a veces en la parcial, se produce una situación de hipotiroidismo que obligará a tomar tratamiento sustitutivo hormonal de por vida. Otras consecuencias previsibles de su realización son.....

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

En caso de tumores malignos la evolución sin tratamiento es imprevisible, produciendo progresivamente aumento de tamaño y deformidad, parálisis de cuerdas vocales y de otros nervios (vago, espinal), disfagia, disnea y metástasis a distancia. Si es tumor benigno, no tratarlo permite que siga creciendo, dando alteraciones estéticas cérvico-faciales y funcionales (alteración de la respiración, deglución...) por compromiso de espacio

6. Alternativas:

En caso de cirugía para funcionamiento excesivo de la glándula (hipertiroidismo) existe la alternativa de tratamiento médico. En el caso de tumores puede existir alternativa con quimioterapia y/o radioterapia con yodo radioactivo, pero con menores probabilidades de éxito.

7. Riesgos en función de la situación del paciente:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....

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, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO 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.

, d de

Pacient o representant / Paciente o representante 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.

, d de

Pacient o representant / Paciente o representante 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.