CIRUGÍA GENERAL

TIROIDECTOMÍA

---

1. ¿Qué es? Es una cirugía que consiste en la extirpación total o parcial de la glándula tiroides, según el tipo de afectación. Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la glándula, afectación de los órganos vecinos y a distancia y/o controlar los niveles hormonales

2. ¿Cómo se realiza? La extirpación se puede hacer, en algunos casos, por vía mínimamente agresiva (**endoscópica/robótica**) aunque, en la mayoría, se hace por **vía abierta**.
Hay que tener en cuenta que el resultado de la biopsia puede modificar el diagnóstico, recomendando en algunos casos una reintervención para extirpar el resto de la glándula. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento, por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado.
El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes:** los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento. También se pueden observar alteraciones transitorias de la deglución y de la voz, así como dolor prolongado en la zona de la operación. En la mayoría de los casos su extirpación produce una disminución de las hormonas tiroideas, necesitando tratamiento suplementario indefinido.
- **Infrecuentes**: hematomas importantes del cuello, alteraciones permanentes de la voz, alteraciones permanentes de las paratiroides o reproducción de la enfermedad. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) Pero pueden llegar a requerir una reintervención, en ocasiones de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

4. Consecuencias previsibles de su realización: la curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce. Al erradicar el órgano, o la parte de este, se evita la afectación de órganos vecinos y a distancia y el control de los niveles hormonales.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: progreso de la enfermedad e incluye la posibilidad de requerir una intervención en una fase más avanzada de la enfermedad o incluso de urgencia, en peores condiciones del paciente y por lo tanto con mayor riesgo quirúrgico.

6. **Alternativas:** en caso de alteración hormonal la alternativa sería el tratamiento médico indefinido o bien, en algunos casos de hiperfunción, el tratamiento con yodo radiactivo. En el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz, siendo la mejor opción la cirugía.

7. Riesgos en función de su situación: por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, insuficiencia respiratoria, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

CIRUGÍA GENERAL

TIROIDECTOMÍA

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

☐ **AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO** ☐ **NO AUTORIZO**

☐ **AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS** ☐ **NO AUTORIZO**

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

☐ **REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha** _____

☐ **REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha** _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. 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