

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES (TIROIDECTOMÍA)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La glándula tiroides se localiza en el cuello y tiene la función de producir hormonas que regulan el metabolismo del cuerpo. Esta glándula puede crecer en exceso (bocio), tener nódulos benignos o malignos (tumor) o funcionar en exceso (hipertiroidismo), circunstancias todas ellas que pueden mejorar con la extirpación de una parte de la glándula (tiroidectomía parcial o hemitiroidectomía) o de la glándula entera (tiroidectomía total). La decisión de extirpar la totalidad o parte de la glándula se puede tomar antes de la intervención, o bien, en el momento de la misma, en función de los hallazgos intraoperatorios.

En el caso de los tumores, puede ser necesario ampliar la resección a los ganglios presentes en una o más de las regiones del cuello (vaciamiento ganglionar).

Mediante una incisión en la parte anterior del cuello se llega a la tiroides para su extirpación. La intervención se hace con anestesia general. En ocasiones, tras completar la cirugía se dejan colocados en la zona uno o dos drenajes, de forma provisional.

La finalidad de la técnica es corregir un estado de hipertiroidismo, extirpar un nódulo, un bocio multinodular o tratar un cáncer de tiroides.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Cuando se extirpa toda la glándula, es necesario un tratamiento hormonal de por vida.

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:

- Recidiva (reaparición) de la lesión.
- Lesión nerviosa, que puede producir alteraciones en la voz (disfonía), de forma transitoria o permanente.
- Disfagia (dificultad para tragar), odinofagia (dolor al tragar) o atragantamiento con líquidos.
- Hematoma, que puede precisar cirugía urgente.

Riesgo menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Dificultad respiratoria que necesite traqueostomía (temporal o permanente).
- Lesiones de la tráquea.
- Lesión de grandes vasos.
- Lesión de las glándulas paratiroides (responsables del metabolismo del calcio).
- 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 híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya 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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Aplicación de medicación radioactiva.
- Tratamiento médico.

En el caso de tumores malignos:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES (TIROIDECTOMÍA)"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me 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 padezco, 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



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

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: