

## **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)"

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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.



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

ÁREA DE SALUD  
Servicio de  
Otorrinolaringología

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: Servicio de

---

**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: