

## Documento de consentimiento informado tiroidectomía

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*) .....

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

### EN QUE CONSISTE LA TIROIDECTOMIA

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de la glándula tiroides, según el tipo de afectación. En la mayoría de los casos, la extirpación produce una disminución de las hormonas necesitando tratamiento sustitutivo indefinido. A veces, el resultado definitivo de la biopsia recomienda una reintervención para extirpar el resto de la glándula.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

### RIESGOS DE LA TIROIDECTOMIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad.....), y los específicos del procedimiento:

- Poco graves y frecuentes: infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz, dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuentes y graves: hematomas importantes del cuello, alteraciones permanentes de la voz, alteraciones permanentes de las paratiroides, recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos y humanos de este hospital están disponibles para intentar solucionarla.

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

---

---

---

---

---

**QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY**

En caso de alteración hormonal, la alternativa podría ser el tratamiento médico indefinido o con Iodo<sup>131</sup> (Radiactivo). En el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz, siendo la mejor opción la cirugía.

**Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.**

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me sea realizada una TIROIDECTOMIA. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevistas personal con el Dr.....

Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
**D.N.I.**  
**Fdo.:**

**MÉDICO:**  
**Nº Colegiado:**  
**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
**D.N.I.:**  
**Fdo.:**

**MÉDICO:**  
**Nº Colegiado:**  
**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
**D.N.I.**  
**Fdo.:**

**MÉDICO:**  
**Nº Colegiado:**  
**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_