

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PAROTIDECTOMÍA DEL LADO AFECTO ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **PAROTIDECTOMIA**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

Llamamos parotidectomía a la técnica quirúrgica que tiene como objetivo la extirpación, total o parcial, de la glándula parótida, que es una glándula situada por delante y debajo de la oreja y cuya finalidad es la producción de saliva, que se vierte a la boca por un fino conducto.

Se aconseja la extirpación de dicha glándula cuando está afectada por quistes y tumores, tanto benignos como malignos; por una inflamación crónica que no cede con tratamiento médico; y por las llamadas litiasis –cálculos– que no se han podido extraer por la boca, debido a su localización y tamaño.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Diagnóstico definitivo y curación del proceso, evitando las complicaciones secundarias a la evolución del mismo.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

En caso de tumores malignos puede existir la alternativa de la radioterapia o de la quimioterapia, si bien son alternativas que deben de discutirse con el médico ya que puedan contar con menores probabilidades de éxito.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La intervención se realiza bajo anestesia general, a través de una incisión que se hace en la piel de la parte alta y lateral del cuello y por delante de la oreja.

La parotidectomía puede ser parcial, extrayéndose la mitad externa de la glándula, o total. Puede ser necesario ampliar la extirpación a otras zonas como el oído, la mandíbula, etc., cuando las lesiones son muy extensas.

Asimismo se puede añadir algún tratamiento complementario tras la cirugía, como la radioterapia o la quimioterapia. Tras la operación se coloca, un vendaje compresivo y en algunos casos, un pequeño tubo de drenaje que retirado en unos días.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no efectuarse esta intervención, si la lesión es maligna, el retraso en el tratamiento puede hacer

C. INFORMADO DE PAROTIDECTOMÍA DEL LADO AFECTO

inoperable la lesión.

El crecimiento del tumor puede provocar afectación del nervio facial y de estructuras adyacentes, así como la difusión del proceso tumoral. Si la causa de la intervención es la afectación crónica de la parótida, persistirán los síntomas de la misma.

RIESGOS FRECUENTES

1. Hemorragia que suele ceder en unas horas si la hemostasia –capacidad de coagulación– es normal. Podría, no obstante, aparecer un hematoma.
2. Infección durante el período postoperatorio que incluso puede generalizarse -septicemia-.
3. Cicatriz inestética o dolorosa. La zona de la intervención puede aparecer ligeramente hundida como consecuencia de la pérdida del volumen de la glándula extirpada.
4. La proximidad del nervio facial, que es el responsable del movimiento de la cara, justifica que una de las complicaciones más frecuentes de esta intervención sea la afectación temporal o permanente del mismo. Si la patología a tratar es un tumor maligno en ocasiones hay que sacrificar dicho nervio por motivos de seguridad oncológica.
5. Fístula salivar.
6. Déficit de sensibilidad táctil en la zona de la oreja. En ocasiones, al extirpar la glándula completamente, puede aparecer el síndrome de Frey, que se manifiesta por enrojecimiento y sudoración de ese lado de la cara durante las comidas.
7. Complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA