

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA (PAROTIDECTOMÍA)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La parotidectomía es una intervención quirúrgica que consiste en quitar, total o parcialmente, la glándula parótida. Esta glándula está ubicada justo delante y debajo de la oreja, y su función principal es producir saliva, que llega a la boca a través de un pequeño conducto.

Se recomienda quitar la glándula parótida cuando hay quistes o tumores, ya sean benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos), si hay una inflamación crónica que no mejora con medicamentos y cuando hay cálculos (piedras) que no se pueden sacar por la boca debido a su tamaño o ubicación.

Esta técnica se realiza haciendo un corte en la piel, en la parte alta y lateral del cuello, por delante de la oreja. Puede ser una parotidectomía parcial (se quita solo una parte de la glándula) o total (se quita toda).

Si el tumor es maligno y se ha extendido, puede ser necesario quitar también otras zonas cercanas, como parte del oído o la mandíbula.

Después se coloca un vendaje compresivo en la zona operada. En algunos casos, se deja un tubo de drenaje para sacar líquidos, que se retira a los pocos días.

La cirugía se realiza bajo anestesia general. Tras la intervención, puede quedar un pequeño hundimiento o alteraciones temporales de la movilidad facial o de la sensibilidad del pabellón auricular.

La finalidad es establecer un diagnóstico definitivo y posible curación del proceso, evitando las complicaciones secundarias a la evolución del mismo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseado, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Hematoma.
- Sangrado relevante.
- Infección leve.
- Alteración transitoria de la movilidad facial.

Riesgos poco frecuentes:

- Lesión permanente del nervio facial.
- Síndrome de Frey (sudoración al comer).
- Necesidad de cirugía adicional si el tumor es maligno.
- 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:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA (PAROTIDECTOMÍA)"

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: