

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)"

Yo, D./D^a. _____, 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^a. _____, 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: