

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PAROTIDECTOMÍA

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

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.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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.

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 o superficial de la glándula, o total, extrayéndose, en este caso, tanto la porción superficial, como la porción profunda de la glándula. En el caso de lesiones malignas, puede ser necesario ampliar la extirpación a otras zonas como el oído, la mandíbula, etc.,

Puede ser necesario añadir algún tratamiento complementario tras la cirugía, como la radioterapia o la quimioterapia.

Tras la operación será colocado, generalmente, un vendaje compresivo y, en algunos casos, un pequeño tubo de drenaje que le será retirado en unos días.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

si la lesión es maligna, el retraso en el tratamiento puede hacer inoperable la lesión del paciente. 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 esta.

BENEFICIOS ESPERABLES

Diagnóstico definitivo y posible curación del proceso, evitando las complicaciones secundarias a su evolución.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PAROTIDECTOMÍA

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

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 su equipo médico ya que puedan contar con menores probabilidades de éxito. En la práctica, estos últimos pueden ser tratamientos complementarios a la cirugía.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia que suele ceder en unas horas si la capacidad de coagulación del paciente es normal. Podría, no obstante, aparecer un hematoma.

Cabe la posibilidad de que se produzca una infección durante el período postoperatorio que incluso pudiera generalizarse: se llama entonces septicemia.

Puede aparecer una cicatriz no estética o dolorosa. La zona de la intervención puede aparecer ligeramente hundida como consecuencia de la pérdida del volumen de la glándula extirpada. La relación íntima de esta glándula con el 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.

Por otra parte, puede aparecer una fístula salivar, que drene la saliva a alguna zona de la cara. Además, puede aparecer un déficit de sensibilidad táctil en la zona de la oreja. En algunas 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.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0.5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PAROTIDECTOMÍA

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de ésta, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PAROTIDECTOMÍA

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PAROTIDECTOMÍA

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el
paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este
momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que
haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que
queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta
anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: