

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PAROTIDECTOMIA**

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

### **INTRODUCCION**

Esta intervención permite la extirpación de la glándula parótida, indicada en situaciones de inflamación crónica o tumores benignos o malignos. El tipo de anestesia requerida será la indicada en la consulta. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. 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.

### **EN QUE CONSISTE LA PAROTIDECTOMIA**

Se lleva a cabo a través de una incisión facial que se disimula justo delante de la oreja, siguiendo por debajo del lóbulo y que se prolonga algunos centímetros por el cuello. El nervio facial que transcurre en la proximidad será respetado y diseccionado para efectuar una extirpación de la tumoración y del tejido glandular que lo rodea. Dependiendo de los hallazgos anatomopatológicos, la parotidectomía puede ser:

- parcial, en caso de que el tumor sea benigno y sin riesgo de recidiva.
- casi total, en el caso de tumor mixto, que es el tipo de tumor benigno más frecuente de la glándula parótida, para evitar el riesgo de recidiva.
- total, asociado a vaciamiento ganglionar cervical, en caso de tumor maligno. El tratamiento de las cadenas ganglionares cervicales precisa una prolongación de la incisión a nivel cervical.

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.

### **RIESGOS DE LA PAROTIDECTOMIA**

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:

- La hemorragia en el postoperatorio inmediato, que obliga a una reintervención, es excepcional.

- El hematoma postoperatorio es posible, aunque raras veces de entidad relevante.
- Dolor local y alteraciones transitorias de la masticación, debido a la proximidad de la articulación temporomandibular con la zona operada.
- Dolores cervicales en relación con la postura del cuello durante la intervención.
- La extirpación de la glándula da lugar a una depresión cutánea local.
- La pérdida de sensibilidad alrededor de la zona anterior de la oreja por donde pasa la incisión cutánea es habitual y disminuye con el tiempo.
- Parálisis de la cara, de intensidad variable y transitoria, en función de las dificultades quirúrgicas y de la disposición anatómica del nervio facial.
- Riesgos secundarios: Durante el año siguiente a la intervención puede presentar una transpiración de la zona operada en el momento de la alimentación (Síndrome de Frey). La cicatriz puede quedar sensible o dolorosa por la inflamación local que puede persistir en meses.
- Complicaciones graves y/o excepcionales: La parálisis facial definitiva es excepcional. Es debida a una intervención particularmente difícil (tumor sobreinfectado o en caso de reintervención) o debido al sacrificio intencionado del nervio facial en caso de que el tumor invada el nervio y sea imprescindible su extirpación con el tumor para una resección completa del mismo.

La mayoría de las 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.

### **RIESGOS PERSONALIZADOS**

.....  
.....

### **QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY**

.....

### **RESPONSABILIDADES ECONOMICAS**

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de los implantes y material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles

cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

## **RENUNCIA**

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

**Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y hayan sido todas sus preguntas antes de que firme este consentimiento.**

## **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA**

1. Por la presente autorizo al **Dr. José Ramón Castelló Fortet** y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:

.....

He recibido el siguiente folleto informativo: "Consentimiento informado para parotidectomía".

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Me ha sido explicado de forma comprensible: el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento, los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D.

....., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

Así pues, doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento, estando satisfecho/a con la información que se me ha facilitado.

En ..... a ..... de ..... de 201...

Firma del Paciente

Firma del Cirujano Plástico

Firmado: D./D<sup>a</sup>. .....

Fdo.: Dr./Dra. ....

(Nombre y apellidos)

(Nombre y apellidos)

D.N.I.: .....