

CONSENTIMIENTO INFORMADO PAROTIDECTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

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. 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 incisión para la parotidectomía es vertical y se extiende por debajo de la mandíbula. Tiene una longitud de 8-10 cm., pero puede variar de acuerdo a cada caso particular. Siempre es necesario dejar un tubo de drenaje por 2-5 días, para evitar la acumulación de fluidos en el sitio de la cirugía.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

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

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

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 la misma.

RIESGOS FRECUENTES

Pueden presentarse a pesar de una técnica quirúrgica adecuada y una buena selección del paciente y del procedimiento y se deben generalmente a lesiones de algunos de las estructuras adyacentes a la glándula
□ Depresión en el sitio de la cirugía, debido a la retirada de la glándula que ayuda a dar contorno a la cara □ Alteraciones de la cicatrización (cicatriz gruesa, retraída o pigmentada) □ Infecciones de la herida □ Colecciones pequeñas de sangre o suero, que se tratan con punciones

RIESGOS POCO FRECUENTES

El 10-30% de los pacientes pueden tener alteraciones temporales y el 3% definitivas de la movilidad de toda o una parte de la cara del lado operado por lesión de una o varias de las ramas del nervio facial que produce desviación de la boca, incapacidad para mostrar los dientes, arrugar la frente y cerrar el párpado.
El 10% de los pacientes pueden tener una sudoración asociada al acto de comer (Síndrome de Frey).
El 30% de los pacientes pueden tener alteraciones temporales o definitivas de la sensibilidad de la oreja y la parte superior del cuello del lado operado por lesión del nervio sensitivo correspondiente (nervio auricular mayor)
El 1-2% de los pacientes pueden presentar un hematoma en el sitio de la cirugía, que puede necesitar de una reoperación
En casos excepcionales, puede ocurrir una fistula salivar (salida de saliva por la herida), la reproducción de la enfermedad por restos que hayan quedado después de la cirugía o la pérdida de un segmento de piel.
Como en todo procedimiento quirúrgico, siempre existe el riesgo de morir.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PAROTIDECTOMIA

RIESGOS EN FUNCION DE LA
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **PAROTIDECTOMIA**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **PAROTIDECTOMIA**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO MÉDICO