

CONSENTIMIENTO PARA PAROTIDECTOMIA

Ciudad y Fecha:;...../...../20.....

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi patología y sus riesgos, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados de la cirugía propuesta, por la presente autorizo al **Dr./a** y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como....., que se realizará en.....-

2. La intervención enunciada en el punto precedente me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de la misma. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

2.1 Las glándulas salivales producen la saliva que tiene una función protectora, digestiva y sensorial. Existen glándulas salivales mayores y menores. El primer grupo está compuesto por tres pares de glándulas: parótida, submaxilar y sublingual. La parótida es la glándula salival de mayor tamaño y se encuentra en la fosa parotídea. Produce el 45% de la saliva. Las glándulas submaxilares se encuentran por debajo del ángulo de la mandíbula y las sublinguales por debajo de la lengua.

2.2 La parotidectomía consiste en la consiste en la extirpación parcial, casi total o total (esta última asociada a vaciamiento ganglionar cervical) de la glándula parótida, según el tipo de patología que motiva la intervención quirúrgica (inflamación crónica, tumores benignos o malignos).

3 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

3.1 Frecuentes: Infección, sangrado, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queoide o hipertrófica), alteraciones transitorias de la masticación, dolor prolongado en la zona de la operación, dolor cervical en relación a la postura del cuello durante la intervención, pérdida de la sensibilidad alrededor de la zona anterior de la oreja por donde pasa la incisión cutánea. Durante el año siguiente de la operación puede presentarse una transpiración de la zona operada en el momento de la alimentación (Síndrome de Frey).

3.2 Menos frecuentes: Hematomas importantes del cuello (hematoma sofocante), parálisis de la cara de intensidad variable y transitoria en función de las dificultades quirúrgicas y de la disposición anatómica del nervio facial, recidiva de la enfermedad.

3.3 Infrecuentes pero Graves: Parálisis facial definitiva (por intervención particularmente difícil o debido al sacrificio intencionado del nervio facial en caso de invasión tumoral).

4 Estoy en conocimiento de que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-----

5 Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

6 Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que..... (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único

efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

7 Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me niego a su realización presento un alto riesgo de padecer de las complicaciones propias de la evolución de mi enfermedad:

7.1 Sialoadenitis: Fístula salival. Sialoadenitis crónica. Abscesos. Estenosis. Atrofia glandular.

7.2 Tumores benignos: Deformidad facial, dolor local y elongación del nervio facial.

7.3 Cáncer de parótida: Progresión de la enfermedad con compromiso regional (muscular, nervio facial, piel, etc.), metástasis ganglionar regional, y metástasis a distancia (pulmón, huesos, hígado y cerebro).

8 Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.

9 Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

10 Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:.....-

11 Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

12 Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

13 He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que lo integran, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: