I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este consentimiento es para uso exclusivo de los miembros de la Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología.

Centro de Salud:		**Fecha** **Hora**	/ /
Ciudad / provincia:			
Nombre del paciente:		**Edad:**	
Cédula:		**Sexo:**	☐ **F** ☐ **M**
Dirección:			
Diagnóstico:			
Lado / localización:	☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Bilateral	**Tipo de caso:**	☐ Primario ☐ Reintervención
Anestesia prevista:	General	**Médico informante:**	
Exequátur:		**No. CMD:**	

II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde a la parotidectomía, procedimiento destinado a extirpar total o parcialmente la glándula parótida y/o lesiones relacionadas, según diagnóstico, extensión y criterio quirúrgico. El procedimiento indicado podrá comprender, según el diagnóstico, la indicación médica, los hallazgos clínicos, anatómicos o intraoperatorios, la evolución del acto quirúrgico y el criterio del cirujano otorrinolaringólogo, una o varias de las siguientes intervenciones o medidas: parotidectomía superficial, total, parcial o extracapsular; abordaje del lado derecho, izquierdo o bilateral; monitorización del nervio facial si está disponible; biopsia intraoperatoria si aplica; vaciamiento ganglionar asociado; reconstrucción o colgajo si resulta necesario; y colocación de drenaje cervical. La extensión definitiva del procedimiento dependerá de las condiciones particulares del paciente, la necesidad terapéutica, la seguridad quirúrgica, la relación con el nervio facial y la valoración médica correspondiente.

Nota de alcance: la extensión definitiva puede variar por hallazgos intraoperatorios, anatomía individual, sangrado, infección, inflamación, cicatrices de cirugías previas, disponibilidad de equipos o condiciones de seguridad.

La localización y lateralidad del procedimiento se establecerán según el diagnóstico, la indicación médica documentada y el criterio del otorrinolaringólogo. Cuando corresponda anatómicamente, podrá realizarse en el lado derecho, en el lado izquierdo o de forma bilateral.

El procedimiento se realizará bajo anestesia general.

El consentimiento anestésico será explicado y firmado por separado por el servicio de anestesiología.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La glándula parótida es una glándula salival mayor localizada por delante y debajo de la oreja. La parotidectomía busca extirpar una lesión quística, tumoral, inflamatoria crónica, litiásica u otra enfermedad de la parótida. Puede ser superficial, parcial, total o ampliada según localización, tamaño, relación con el nervio facial y sospecha de malignidad.

La cirugía se realiza mediante una incisión delante de la oreja y/o en el cuello, procurando seguir pliegues naturales. Durante la intervención se identifica y preserva, cuando es posible y oncológicamente seguro, el nervio facial, responsable del movimiento de la cara. En casos malignos o extensos puede ser necesario ampliar la resección a piel, ganglios, oído, mandíbula u otras estructuras, y complementar con radioterapia, quimioterapia u otros tratamientos.

Al finalizar suele colocarse drenaje y vendaje compresivo. El tejido retirado se envía a anatomía patológica para diagnóstico definitivo.

IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Después de la cirugía puede haber dolor, inflamación, sensación de presión, drenaje de líquido, equimosis, adormecimiento de oreja o zona operada y limitación temporal para masticar. El drenaje se retira según cantidad de salida y criterio médico.

Debe cuidarse la herida, evitar esfuerzos, mantener controles y avisar si aparece aumento brusco de volumen, sangrado, fiebre, salida abundante de saliva, debilidad facial o dificultad respiratoria.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

La cicatriz puede estar inflamada y sensible por semanas. Puede existir hundimiento o cambio de contorno por pérdida de volumen glandular. La sensibilidad de la oreja y piel vecina puede tardar meses en recuperarse o quedar alterada.

La función facial se vigilará después de la cirugía. Puede presentarse debilidad temporal o permanente de algunos músculos faciales, dependiendo de la relación de la lesión con el nervio, la inflamación, tracción quirúrgica o necesidad oncológica de resección.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es extirpar la lesión o glándula afectada, obtener diagnóstico definitivo, aliviar síntomas y evitar crecimiento, infección, dolor, deformidad o progresión tumoral. En lesiones malignas puede formar parte del tratamiento curativo o de control oncológico.

Entiendo que la cirugía no garantiza curación definitiva en todos los casos. Puede requerirse seguimiento prolongado, estudios complementarios, radioterapia, quimioterapia, reintervención o tratamiento de recidivas.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas dependen del diagnóstico e incluyen observación, seguimiento con imágenes, punción o biopsia, tratamiento médico de infecciones o inflamación, drenaje de abscesos, radioterapia o quimioterapia en casos seleccionados. En tumores o lesiones con indicación quirúrgica, estas alternativas pueden no ofrecer la misma eficacia diagnóstica o terapéutica.

La conducta final dependerá del resultado de estudios, sospecha de malignidad, crecimiento, síntomas y criterio de un equipo médico tratante.

Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza la cirugía cuando está indicada, la lesión puede crecer, infectarse, producir dolor, deformidad, compromiso del nervio facial o progresión local. Si es maligna, puede extenderse a ganglios, piel, hueso, oído, mandíbula u otros órganos, hacerse inoperable o comprometer la vida.

Consecuencias específicas en este paciente: _____

IX. RIESGOS GENERALES

He recibido información suficiente, comprensible y oportuna; que he podido preguntar; que entiendo los beneficios, las alternativas y los riesgos; y que autorizo el procedimiento de manera libre e informada. Las complicaciones, cuando ocurren, pueden requerir medicamentos, curas, controles adicionales, estudios de laboratorio o imágenes, reingreso hospitalario, traslado a otro centro, transfusión, valoración por otras especialidades, UCI o una nueva intervención quirúrgica.

X. RIESGOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Hemorragia, hematoma o sangrado postoperatorio, que puede requerir drenaje, compresión, transfusión o reintervención.
- Infección de la herida, celulitis, absceso, dehiscencia o necesidad de antibióticos, curas o drenaje.
- Debilidad o parálisis temporal o permanente del nervio facial, con asimetría de la cara, dificultad para cerrar el ojo, sonreír, elevar ceja, mover labios o retener saliva/alimentos.
- Lesión de ramas sensitivas, con adormecimiento, dolor neuropático o pérdida de sensibilidad de oreja, lóbulo, mejilla o cuello.
- Fístula salival, sialocele o salida de saliva por la herida, que puede requerir compresión, punciones, medicamentos, curas o cirugía.
- Síndrome de Frey: sudoración, calor o enrojecimiento de la zona parotídea durante las comidas.
- Cicatriz visible, dolorosa, hipertrófica, queloide o resultado estético no deseado; hundimiento o cambio de contorno facial/cervical.
- Dolor, inflamación, dificultad para masticar, trismo o limitación funcional temporal.
- Necesidad de sacrificar estructuras comprometidas por tumor o inflamación para lograr control oncológico o seguridad.
- Recidiva tumoral o persistencia de enfermedad, especialmente según tipo histológico y extensión.
- Quemaduras o lesiones por bisturí eléctrico u otros equipos de energía.
- Complicaciones generales de anestesia y cirugía, incluyendo trombosis, embolia, eventos cardiopulmonares, neurológicos o muerte excepcional.

XI. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Entiendo que, a pesar de las medidas de higiene, esterilización, antisepsia y cuidado del equipo asistencial, el acto quirúrgico, la manipulación de tejidos y la estancia en un centro de salud pueden asociarse a infecciones hospitalarias o infecciones relacionadas con la atención en salud, que son poco frecuentes pero posibles y pueden requerir antibióticos, drenajes, curas, hospitalización o procedimientos adicionales.

XII. RIESGOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PERSONALES

El paciente declara haber informado al médico sobre sus antecedentes personales, enfermedades actuales o previas, alergias, medicamentos en uso, cirugías anteriores, antecedentes anestésicos, hábitos y cualquier otra condición relevante para la realización del procedimiento. Se le ha explicado que circunstancias como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, uso de marcapasos, asma/EPOC, apnea del sueño o SAOS, enfermedad renal o hepática, uso de

anticoagulantes, antiagregantes, aspirina o AINEs, trastornos de coagulación, epilepsia, tabaquismo, cirugías previas, inmunosupresión, embarazo o sospecha, alergias conocidas y las condiciones particulares señaladas para este procedimiento pueden aumentar los riesgos asociados a la intervención, la anestesia, el sangrado, la infección, la cicatrización, la recuperación postoperatoria o la aparición de complicaciones.

Asimismo, entiendo que, como en toda intervención quirúrgica y/o anestésica, existe un riesgo excepcional de complicaciones graves, potencialmente mortales, incluyendo fallecimiento. Este riesgo puede relacionarse con sangrado severo, complicaciones anestésicas, broncoaspiración, infección grave, obstrucción de la vía aérea, eventos cardiovasculares o respiratorios, y puede aumentar según las enfermedades previas, los antecedentes médicos, la edad, la condición clínica y el estado general del paciente.

El riesgo puede ser mayor en lesiones tumorales, sospecha de malignidad, parálisis facial previa, cirugía o radioterapia cervical previa, reintervenciones, inflamación intensa, alteraciones anatómicas, coagulopatías, anticoagulación, tabaquismo, diabetes descompensada, inmunosupresión o mala cicatrización.

Riesgos, observaciones o contraindicaciones específicas de este paciente: _____

_____

XIII. AUTORIZACIÓN PARA EVENTUALIDADES INTRAOPERATORIAS

Autorizo al equipo médico a realizar las medidas adicionales estrictamente necesarias si durante la cirugía se presentan hallazgos o complicaciones imprevistas que requieran actuación inmediata para proteger mi salud o vida.

XIV. EQUIPO QUIRÚRGICO

Entiendo que la cirugía será realizada por el médico tratante y por un miembro calificado del equipo quirúrgico, según la organización del centro, la complejidad del caso, la disponibilidad de especialistas y las condiciones clínicas del día de la intervención.

XV. MUESTRAS, PATOLOGÍA E IMÁGENES

Autorizo que las muestras obtenidas durante el procedimiento se envíen a estudio anatomopatológico, citológico, microbiológico, cultivo u otro estudio complementario. Autorizo la toma de imágenes clínicas, endoscópicas o quirúrgicas necesarias para la adecuada documentación de mi caso en el expediente clínico. Las imágenes serán tratadas como información clínica confidencial.

XVI. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea puede ser necesaria si se presenta sangrado importante durante o después del procedimiento, anemia significativa o una condición clínica que lo amerite. Se me ha explicado que rechazar una transfusión indicada puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, choque hemorrágico o muerte.

☐ Acepto transfusión si fuese médicamente necesaria / ☐ No acepto transfusión

Motivo del rechazo, si aplica: _____

Firma específica del paciente/representante en caso de rechazo de transfusión: _____

Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

XVII. DECLARACIONES DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE

- Declaro que he sido informado por el médico de los aspectos más importantes de la intervención, su evolución habitual, beneficios esperables, limitaciones, alternativas, riesgos frecuentes y riesgos graves, aunque sean excepcionales.
- Declaro que he podido formular todas las preguntas que he considerado necesarias y que las mismas han sido respondidas de forma clara, suficiente y comprensible.
- Declaro no haber ocultado información esencial sobre mi salud, antecedentes, alergias, medicamentos, hábitos o circunstancias personales que puedan ser relevantes para el equipo que me atiende.
- Declaro que entiendo, comprendo y acepto la información contenida en este consentimiento informado. Si estoy acompañado de familiares o representante, estos también manifiestan haber entendido y comprendido la información explicada.
- Entiendo que la medicina no puede garantizar resultados. El objetivo del procedimiento es el descrito, pero pueden persistir síntomas, requerirse tratamientos médicos prolongados, controles, curas, reintervenciones o tratamientos complementarios según evolución y hallazgos.
- Entiendo que este consentimiento no obliga al médico ni al centro de salud a realizar el procedimiento.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento antes del procedimiento, dejando constancia escrita de dicha decisión.
- Entiendo, comprendo, otorgo mi consentimiento y acepto que, para la realización del procedimiento indicado, puede existir un costo adicional al autorizado, aprobado o cubierto por mi ARS o seguro médico. Dicho costo podrá corresponder, entre otros conceptos, a honorarios médicos, asistentes quirúrgicos, instrumental específico, terminales, dispositivos, equipos, bandeja quirúrgica, materiales especializados o tecnología propia de otorrinolaringología que resulte necesaria o conveniente para la adecuada realización del procedimiento. Se me explicó, entiendo, comprendo y acepto realizar dicho pago.
- Tras recibir la información precedente, DOY MI CONSENTIMIENTO para ser sometido/a al procedimiento de parotidectomía descrito en este documento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

_____ _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante | Firma y sello del médico informante

XVIII. REPRESENTANTE LEGAL, PADRE/MADRE/TUTOR O FAMILIAR RESPONSABLE

El padre, madre, tutor o familiar responsable presente declara que ha recibido, entendido, comprendido y aceptado la información en nombre del paciente, en los mismos términos en que lo haría el propio paciente si fuese competente para decidir.

Representante: _____ Cédula: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / _____ Hora: _____

Iniciales paciente/representante: _____ Iniciales médico: _____

Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

XIX. TESTIGOS

Testigo 1

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Firma: _____

XX. RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

Luego de recibir información sobre mi diagnóstico, opciones, beneficios, riesgos y consecuencias de no realizar el procedimiento, NO AUTORIZO la realización del procedimiento de parotidectomía descrito en este documento. Entiendo que pueden persistir o empeorar los síntomas y complicaciones relacionados con mi condición, según mi caso clínico.

Consecuencias específicas del rechazo en este paciente: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

_____ _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante | Firma y sello del médico informante

XXI. RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

RATIFICO el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento de parotidectomía descrito en este documento. Declaro que he tenido oportunidad de realizar nuevas preguntas, que no tengo dudas pendientes, que he informado cualquier cambio relevante en mi estado de salud, medicamentos, alergias o condición clínica y que mantengo de manera libre, voluntaria e informada mi autorización para la realización del procedimiento, POR LO QUE ENTIENDO, COMPRENDO Y ACEPTO toda la información contenida en este consentimiento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

_____ _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante | Firma y sello del médico informante