

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS

- Con este procedimiento se persigue la resolución o mejoría del dolor causado por litiasis y la erradicación del tumor benigno o maligno o la extirpación de una de las glándulas dañadas por el traumatismo.

PROCEDIMIENTO

- El procedimiento consiste en tratar tumores benignos y malignos, litiasis de las glándulas, procesos infecciosos y traumatismo de las mismas. Las glándulas salivares se dividen en mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y menores distribuidas en toda la cavidad oral.
- La glándula parótida está íntimamente relacionada con la topografía del nervio facial, mientras que la submaxilar con el nervio lingual e hipogloso. En la mayoría de los casos, el procedimiento necesita anestesia general, con el riesgo inherente a la misma.

CARACTERÍSTICAS

- El tratamiento quirúrgico consiste en tratar tumores benignos y malignos, litiasis de las glándulas, procesos infecciosos y traumatismo de las mismas.
- Se espera una desaparición del dolor debido a la obstrucción causada por la litiasis o la infección y una extirpación o resección de los tumores benignos o malignos.
- Tras un periodo de molestias e incapacidad funcional es de esperar la desaparición parcial o total de la sintomatología que presentaba el paciente y una mejoría de su expectativa de vida en los tumores malignos.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- Sólo en el caso de la litiasis y la infección, un tratamiento previo antibiótico y sialólogo podría dar algún beneficio, mientras que en el caso de los tumores malignos o benignos y los traumatismos, no.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, 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 otros específicos del procedimiento.
- Dependiendo de la glándula afectada se pueden presentar una serie de complicaciones y secuelas postoperatorias que incluyen: dolor postoperatorio, hemorragia intra o postoperatoria, infección local postoperatoria, hematoma, inflamación o infección de la glándula parótida o estructuras adyacentes, paresia o parálisis temporal o permanente del nervio facial, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, hipoestesia o anestesia del nervio lingual, paresia o parálisis del nervio hipogloso, fistulas salivares, síndrome de Frey, que se caracteriza por sudoración de la cara al comer, hiposialia.
- El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden resolverse con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha