

## 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 .....