



Consentimiento informado para  
cirugía de Glándulas Salivales

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Glándulas Salivales**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Glándulas Salivales

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a:

CIRUGÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES.

## INFORMACIÓN

**Identificación y descripción del procedimiento:** El tratamiento quirúrgico 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.

**Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:** Con esta cirugía 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.

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.

**Alternativas razonables a dicho procedimiento:** Sólo en el caso de la litiasis y la infección, un tratamiento previo antibiótico y sialogogo podría dar algún beneficio, mientras que en el caso de los tumores malignos o benignos y los traumatismos, no.

**Consecuencias previsibles de su realización:** 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.

**Consecuencias previsibles de su no realización:** Es muy probable que dependiendo de la causa o patología de base el paciente se quede con la misma sintomatología o que empeore debido a un agravamiento de la misma o a una degeneración ulterior de la patología maligna.

**Riesgos:** A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables. 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, fístulas salivares, síndrome de Frey, que se caracteriza por sudoración de la cara al comer, hiposialia.

**Riesgos en función de la situación clínica del paciente:** Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.



Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....  
.....

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

## **CONSENTIMIENTO**

---

**CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: GLÁNDULAS SALIVALES.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.: .....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

Sr./Sra. ....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de: .....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora: .....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En .....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut: .....

Firma del Paciente: ..... Rut: .....

Firma del representante legal: ..... Rut: .....

(Representante legal o familiar responsable).