

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Cirugía de Glándulas Salivales**, 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 y la orofaringe. La glándula parótida está íntimamente relacionada con la topografía del nervio facial, mientras que la submaxilar con el nervio lingual e hipogloso y la rama mentoneana del nervio facial.

**Su objetivo** es 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.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

**Riesgos:** A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables y complicaciones, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como otros específicos del procedimiento dependiendo de la glándula afectada se pueden presentar:

**Poco Graves y Frecuentes:**

- Dolor postoperatorio
- Hemorragia intra o postoperatoria
- Infección local postoperatoria
- Hematoma
- Inflamación o infección de la glándula parótida o estructuras adyacentes
- Fístulas salivares externas

**Poco Frecuentes y Graves:**

- Paresia o parálisis temporal o permanente del nervio facial
- Alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales
- Hipoestesia (reducción de la sensación cutánea) o anestesia del nervio lingual
- Paresia o parálisis del nervio hipogloso, como alteración en movilidad lingual
- Síndrome de Frey, que se caracteriza por sudoración de la cara al comer, hiposialia (disminución de la producción de saliva).

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

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

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía De Glándulas Salivales,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)