

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SUBMAXILECTOMÍA DEL LADO AFECTO ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **SUBMAXILECTOMÍA**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

Recibe este nombre la técnica quirúrgica empleada para la extirpación de una glándula submaxilar, con el fin de eliminar diversas enfermedades, tanto benignas (litiasis o cálculos, inflamaciones crónicas, degeneraciones, etc.), como malignas.

Las glándulas submaxilares son dos y forman parte de las llamadas glándulas salivares mayores, encargadas de segregar saliva. Se encuentra situadas en la parte superior del cuello, debajo del suelo de la boca. Su conducto de drenaje se dirige hacia arriba, atravesando los músculos del suelo de la boca y desemboca, en ella, por debajo de la lengua.

Su extirpación se realiza bajo anestesia general.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Eliminación de las enfermedades de la glándula que dieron lugar a la intervención.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Generalmente, las enfermedades agudas de la glándula submaxilar pueden ser tratadas mediante procedimientos médicos. Por el contrario, cuando ha transcurrido un cierto tiempo y la enfermedad se ha convertido en crónica, una vez ha fracasado el tratamiento médico, o si se trata de un tumor maligno o sospecha del mismo, es necesaria la extirpación quirúrgica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Tras la intervención, se suele dejar un drenaje 24-48 horas, que suele ser la duración de la estancia en el hospital y a la semana se retiran los puntos de sutura.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de *no efectuarse esta intervención*, las consecuencias dependerán de la naturaleza de la patología subyacente. Así, las enfermedades inflamatorias pueden llegar a abscesificarse –formarse pus– y salir al exterior; las enfermedades degenerativas a malignizarse; y las enfermedades tumorales malignas ocasionar la muerte por extensión

C. INFORMADO DE SUBMAXILECTOMÍA DEL LADO AFECTO

local, regional o a distancia –lo que conocemos como metástasis–.

RIESGOS FRECUENTES

1. Las complicaciones derivadas del acto quirúrgico se deben, generalmente, a la lesión de algunas de las estructuras que se encuentran junto a la glándula, bien porque están afectadas por la enfermedad –en el caso de los tumores– o por la necesaria manipulación quirúrgica de los tejidos vecinos.
2. Parálisis de la mitad de la lengua en el mismo lado, alteraciones del gusto y de la sensibilidad de la lengua e, incluso, parálisis de la comisura de los labios y desviación de la boca.
3. Surgir el llamado «hematoma sofocante del cuello», que provoca la aparición de dificultades respiratorias y exigir una traqueotomía.
4. Con frecuencia durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa –el polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del paciente.
5. La cicatriz resultante puede ser inestética o dolorosa e, incluso, en el sitio en el que antes se encontraba la glándula apreciarse una pequeña depresión.
6. Hemorragia, infecciones de la herida quirúrgica, o fistulas de saliva –salida de saliva– en la zona quirúrgica.
7. Complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA