

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña. ....  
 como paciente o (D/Doña como su representante), .....  
 .....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que  
 he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr. ....  
 , y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado  
 el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado .....

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La cirugía de las glándulas salivales va dirigida a tratar tumores benignos y malignos, litiasis (piedras) de las glándulas, procesos infecciosos y traumatismos de las mismas.

Las glándulas salivales se dividen en mayores (parótida, submaxilar y sublingual), y menores distribuidas en toda la cavidad oral. La cirugía de la glándula parótida, está íntimamente condicionada por la complejidad anatómica de esta región de la cara y muy específicamente por su relación con el nervio facial que se encarga de dar movimiento a la cara. La glándula submaxilar se encuentra en el compartimiento cervical bajo la mandíbula, y está relacionada entre otras estructuras con la rama marginal o inferior del nervio facial, que mueve el labio y con el nervio lingual (que da sensibilidad a la lengua) e hipogloso (mueve la lengua). La glándula sublingual está localizada en el suelo de la boca, y está relacionada, además de otros elementos, con el nervio lingual y el conducto excretor de la glándula submaxilar.

En la mayoría de los casos el acto operatorio precisa anestesia general, con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista.

Dependiendo de la glándula afectada, se pueden presentar una serie de complicaciones y secuelas postoperatorias, algunas de ellas habituales y/o inevitables, y las estadísticamente más frecuentes incluyen, entre otras:

- Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otro medicamento.
- Hematoma y edema postoperatorio.
- Hemorragia postoperatoria.
- Cicatrices externas, en ocasiones inestéticas.
- Hundimiento de mayor o menor grado de la zona operatoria.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente de la zona operatoria.
- Infecciones.
- Falta de movilidad parcial o total, temporal o permanente de alguna o todas las ramas del nervio facial.
- Parálisis parcial o total del nervio facial.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio lingual (falta de gusto).
- Falta de movilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio hipogloso (lengua).
- Fístulas salivales.
- Sudoración de la cara al comer.
- Disminución o falta de saliva.
- Rotura de instrumentos.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento .....

Además, en entrevista personal con el Dr .....  
 he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la



entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique .....

.....

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En .....a .....de.....de .....

Firma del paciente  
(o su representante legal en caso de incapacidad)  
D.N.I.

Firma del médico  
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento  
Firma del testigo (D.N.I.)