

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SUBMAXILECTOMÍA

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

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.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

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, siendo palpables bajo la rama horizontal del maxilar inferior. Su conducto de drenaje se dirige hacia arriba, atravesando los músculos del suelo de la boca, y desemboca por debajo de la lengua.

Su extirpación se realiza bajo anestesia general.

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.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Las consecuencias dependerán de la naturaleza de la patología subyacente. Así, las enfermedades inflamatorias podrían llegar a abscesarse -formarse material purulento- y drenar al exterior; las enfermedades degenerativas podrían llegar a malignizarse; y las enfermedades tumorales malignas podrían ocasionar la muerte del/de la paciente por extensión local, regional o a distancia -lo que conocemos como metástasis-.

BENEFICIOS ESPERABLES

Eliminación de las enfermedades de la glándula.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SUBMAXILECTOMÍA

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

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 que ha fracasado el tratamiento médico, o si se trata de un tumor maligno o sospecha del mismo, es necesaria la extirpación quirúrgica.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

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.

Así, puede aparecer una 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.

Cabe la posibilidad de que aparezca el llamado «hematoma sofocante del cuello», que provocaría la aparición de dificultades respiratorias que pudieran exigir una traqueotomía.

La cicatriz resultante puede ser inestética o dolorosa e, incluso, cabe la posibilidad de que, en el sitio en el que antes se encontraba la glándula, pueda apreciarse una pequeña depresión. Puede aparecer una hemorragia, infecciones de la herida quirúrgica, o fistulas de saliva -salida de saliva- en la zona quirúrgica, que son bastante raras.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él se realizan incisiones o se cauterizan 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 -polo negativo-colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0.5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SUBMAXILECTOMÍA

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de ésta, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SUBMAXILECTOMÍA

En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a _____, con D.N.I. _____
y en calidad de _____, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La representante legal

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UNA SUBMAXILECTOMÍA

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: