

Consentimiento informado de cirugía oncológica de cavidad bucal, cara y cuello

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

1. Descripción del procedimiento:

En que consiste: Las tumoraciones que afectan a la región de la cabeza (boca, nariz, fosas nasales, senos paranasales, órbitas de los ojos) y cuello pueden ser benignas o malignas.

Las benignas pueden crecer e invadir el tejido que tienen alrededor pero, a diferencia de las malignas, no dan metástasis (células tumorales que viajan desde el tumor hasta los ganglios y otras partes del cuerpo), La cirugía en estas lesiones benignas consiste en quitar el tumor.

El tratamiento quirúrgico de las lesiones malignas consiste en extirpar el tumor y tejido sano de alrededor para asegurarse de quitar todas las células tumorales. Además, en ocasiones, es necesario quitar también los ganglios del cuello. Pueden tratarse sólo con cirugía o asociarse otro tipo de tratamiento.

Cómo se realiza: Tras quitar el tumor, se intenta reconstruir los tejidos eliminados: piel, mucosas, músculos, nervios, huesos, etc. Se utilizan técnicas complejas de reconstrucción y se emplean injertos que pueden ser del propio paciente, del banco de tejidos o artificiales.

Se hace en la mayoría de los casos con anestesia general.

Es una cirugía larga y delicada. Puede incluir el uso de traqueostomía (orificio en el cuello en el que se coloca un tubo a través del cual el paciente respira), transfusiones de sangre y hemoderivados, estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos inmediatamente después de la intervención y el uso de dispositivos especiales para alimentar al paciente hasta que pueda hacerlo por él mismo.

En ocasiones son necesarias intervenciones posteriores para reconstruir la zona operada, corregir secuelas o para tratar el tumor si reaparece de nuevo; o también, tratamientos adyuvantes como quimioterapia y/o radioterapia.

Cuánto dura: Varía según el tipo de lesión a tratar.

2. Qué objetivos persigue: Eliminar tumoraciones de la cavidad bucal, cara y cuello, tanto benignas como malignas.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

1. A pesar de la cirugía de reconstrucción, se producen secuelas consecuencia de la extirpación del tumor. Estas secuelas incluyen: Alteraciones estéticas, pérdida o alteración de la función de la parte de la cara o cuello que se quita. Pérdida total o parcial de alguno de los órganos de los sentidos.
2. Riesgos por el uso de la transfusión de sangre y hemoderivados reacciones, infecciones.
3. Se pueden presentar complicaciones tales como infecciones, seromas (acúmulo de líquido en la zona de la herida), hemorragias (sangrados), rechazo y/o pérdida del injerto utilizado en la reconstrucción, complicaciones respiratorias y/o cardiovasculares, e incluso, riesgos de fallecimiento del paciente.

2. Riesgos personalizados: Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Sólo o asociado a otros tratamientos, consigue la curación en las tumoraciones benignas y en algunas malignas
Cobertura de las regiones quemadas con tejidos adecuados.

¿Qué otras alternativas hay?

En el caso de las tumoraciones malignas, puede emplearse radioterapia y quimioterapia.

Declaración y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____