

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN Y/O BIOPSIA DE LESIONES DE LA CAVIDAD ORAL Y FARINGE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las lesiones de la cavidad oral y faringe son alteraciones en el tejido blando (mucosa, amígdalas, paladar, lengua, glándulas salivares, etc.) que pueden presentarse como manchas, úlceras, tumoraciones, etc.

El procedimiento consiste en extirpar total o parcialmente la lesión y/o recoger una muestra del tejido para su análisis en el laboratorio.

La herida se suele cerrar con puntos, aunque a veces, puede requerir utilizar colgajos o injertos para asegurar una mejor reconstrucción de la zona.

La intervención puede realizarse bajo anestesia local, con sedación o con anestesia general.

La finalidad de este procedimiento es eliminar las lesiones y/o identificar si son benignas o malignas y si están relacionadas con alguna enfermedad.

En caso de no efectuar esta intervención no se podrá obtener el tejido necesario para alcanzar un diagnóstico definitivo. En tumoraciones, la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno puede permitir el crecimiento de la lesión, causando graves trastornos de alimentación, respiración o extensión a otras partes del organismo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de una adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Es frecuente la aparición de dolor en la zona intervenida, que suele ser leve o moderado.
- Ocasionalmente puede haber inflamación o formación de hematomas (coágulos de sangre).
- Alteraciones del gusto y del olfato.
- Limitación para abrir la boca, dificultad para tragar (disfagia), masticar o hablar, de forma temporal o permanente.
- Lesiones de los dientes, de los labios, mucosa oral o quemaduras provocadas por el instrumental utilizado.
- Acumulación de saliva (mucocelo) por obstrucción del conducto de la glándula salival menor.
- Posibilidad de que el tejido obtenido sea insuficiente o no concluyente, obligando a repetir la biopsia.
- La herida quirúrgica puede evolucionar mal y producir complicaciones:
 - Infección de la herida quirúrgica, que en pacientes debilitados puede evolucionar a una infección generalizada en la sangre.
 - Dehiscencia o apertura de la herida: si se colocan puntos, existe la posibilidad de que alguno se suelte antes de tiempo, provocando cicatrización defectuosa.

- Pueden formarse comunicaciones anormales entre la boca y otras zonas, como la nariz, senos paranasales o el cuello.
- Pérdida de sensibilidad u hormigueos, temporales o permanentes, por afectación de nervios cercanos como el lingual o el dentario.
- Lesión de nervios motores, como el nervio facial, que puede causar alteraciones en los movimientos de la cara.
- Sangrado, potencialmente grave, durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados o una nueva intervención quirúrgica. Este sangrado puede provocar la entrada de sangre a las vías respiratorias.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a otro tipo de tratamiento para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| ☐ No tiene | ☐ Diabetes | ☐ Obesidad | ☐ Hipertensión |
| ☐ Anemia | ☐ Edad Avanzada | ☐ Tabaquismo | ☐ Tratamiento anticoagulante |

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA “EXTIRPACIÓN Y/O BIOPSIA DE LESIONES DE LA CAVIDAD ORAL Y FARINGE”

Yo, D./Dª. _____, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: