

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FRENOTOMÍA O FRENOPLASTIA LABIAL O LINGUAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La frenotomía es una pequeña cirugía que se hace para cortar y corregir el frenillo, que es una banda de tejido que puede estar debajo de la lengua (frenillo lingual) o entre el labio y las encías (frenillo labial).

El frenillo lingual corto o tenso puede limitar el movimiento de la lengua, afectando el habla, la alimentación, la lactancia y la respiración durante el sueño.

El frenillo labial superior puede provocar separación entre los dientes frontales, dificultar la higiene dental, alterar la pronunciación y complicar el uso de prótesis.

El frenillo labial inferior puede dificultar la limpieza en esa zona, aumentando el riesgo de enfermedades en las encías.

La cirugía se hace por dentro de la boca. El médico corta el frenillo y, si es necesario, cose la herida para mejorar el movimiento de la lengua o el labio. En algunos casos, se puede usar un pequeño colgajo (un pedacito de tejido cercano que se mueve para cubrir la zona) para ayudar a que la herida sane mejor.

La finalidad de este procedimiento es mejorar el movimiento de la lengua y los labios, facilitar la lactancia y la alimentación, disminuir o eliminar los ronquidos y la apnea del sueño. Puede mejorar la pronunciación de algunos sonidos, si el frenillo es la causa principal del problema. En ocasiones, puede ser necesario tratamiento complementario con logopeda.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Dolor e inflamación en la zona operada.
- Sangrado.
- Lesiones de los dientes, de los labios, mucosa oral o quemaduras provocadas por el instrumental utilizado.
- Complicaciones de la herida quirúrgica: infección, dehiscencia (apertura de la herida).
- Riesgo de recidiva, es decir que el problema vuelva a aparecer con el tiempo.
- Adormecimiento temporal del labio o la cara, mareos o bajada de tensión, debido a la anestesia local.
- Lesión accidental de las glándulas que producen saliva o de los nervios del suelo de la boca.
- Luxación o desenganche de la mandíbula debido a la posición de la boca.
- Pérdida de sensibilidad temporal o definitiva en algún nervio cercano de la boca.
- Hemoaspiración, es decir, paso de la sangre desde la herida quirúrgica hacia 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 la cirugía 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 "FRENOTOMÍA O FRENOPLASTIA LABIAL O LINGUAL"

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: