

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este consentimiento es para uso exclusivo de los miembros de la Sociedad Dominicana de Otorrinolaringología.

Centro de Salud:		Fecha	/ /
		Hora	
Ciudad / provincia:			
Nombre del paciente:		Edad:	
Cédula:		Sexo:	☐ F ☐ M
Dirección:			
Diagnóstico:			
Lado / localización:	☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Bilateral	Tipo de caso:	☐ Primario ☐ Reintervención
Anestesia prevista:	General	Médico informante:	
Exequátur:		No. CMD:	

II. PROCEDIMIENTO INDICADO

Este consentimiento corresponde a la frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual, procedimiento destinado a seccionar y, si es necesario, reconstruir el frenillo lingual corto asociado a anquiloglosia o limitación funcional de la lengua. El procedimiento indicado podrá comprender, según el diagnóstico, la indicación médica, los hallazgos clínicos, anatómicos o intraoperatorios, la edad, la cooperación del paciente y el criterio del cirujano otorrinolaringólogo, una o varias de las siguientes intervenciones o modalidades: frenotomía simple; frenuloplastia; sutura de herida; uso de láser, bisturí frío, electrocauterio o radiofrecuencia; manejo en lactante, niño/a o adulto; revisión funcional; y orientación para terapia fonoaudiológica, terapia de lactancia o ejercicios posteriores cuando estén indicados. La extensión definitiva del procedimiento dependerá de las condiciones particulares del paciente, la necesidad terapéutica, la seguridad quirúrgica y la valoración médica correspondiente.

Nota de alcance: la extensión definitiva puede variar por hallazgos intraoperatorios, anatomía individual, sangrado, infección, inflamación, cicatrices de cirugías previas, disponibilidad de equipos o condiciones de seguridad.

La localización y lateralidad del procedimiento se establecerán según el diagnóstico, la indicación médica documentada y el criterio del otorrinolaringólogo. Cuando corresponda anatómicamente, podrá realizarse en el lado derecho, en el lado izquierdo o de forma bilateral.

La anestesia prevista podrá ser local, tópica, sedación o general, según el caso y el criterio del otorrinolaringólogo.

El consentimiento anestésico será explicado y firmado por separado por el servicio de anestesiología.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La frenotomía lingual es la sección del frenillo lingual cuando este limita el movimiento de la lengua. Puede indicarse por dificultades de lactancia, alimentación, higiene oral, movilidad lingual, desarrollo oral o trastornos de articulación del habla cuando exista correlación clínica.

El procedimiento se realiza a través de la boca. Puede consistir en corte simple o en frenuloplastia con liberación más amplia y sutura para mejorar la movilidad y cicatrización.

Según la edad, la técnica y la evaluación funcional, el equipo tratante podrá indicar seguimiento de lactancia, fonoaudiología, terapia miofuncional o ejercicios de movilidad lingual individualizados. Cualquier cuidado adicional será indicado expresamente por el cirujano.

IV. TAPONAMIENTO, DRENAJES, DISPOSITIVOS Y CUIDADOS INMEDIATOS

Es frecuente una pequeña cantidad de sangre en la saliva y dolor leve o moderado. Se indicará dieta según edad y caso, evitando alimentos irritantes, muy calientes o que puedan traumatizar la herida durante los primeros días.

Cuando se colocan puntos, estos pueden ser reabsorbibles o requerir control según indicación. Deben cumplirse las medidas de higiene oral y ejercicios indicados, si fueron prescritos.

V. EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA ESPERABLE

Puede presentarse dolor, inflamación, molestia al mover la lengua, cambios temporales en la alimentación, pequeña placa blanquecina de cicatrización o sangrado leve autolimitado.

Debe acudir de inmediato si existe sangrado persistente o abundante, dificultad respiratoria, fiebre, aumento importante del dolor o inflamación, rechazo persistente de alimentos/líquidos, signos de deshidratación o secreción purulenta.

VI. BENEFICIOS ESPERABLES Y LÍMITES DEL RESULTADO

El beneficio esperado es mejorar la movilidad lingual y los problemas funcionales relacionados, como lactancia, alimentación, higiene oral, articulación de ciertos sonidos o molestias mecánicas, cuando estos dependen del frenillo corto.

Entiendo que la cirugía no garantiza mejoría completa del habla, lactancia u otros síntomas, ya que pueden depender de múltiples factores. Puede requerirse terapia complementaria, ejercicios, seguimiento o reintervención si hay cicatrización restrictiva.

VII. PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas pueden incluir observación, asesoría de lactancia, fonoaudiología, terapia miofuncional, ejercicios, seguimiento y tratamiento de causas asociadas. Cuando existe restricción anatómica significativa, estas medidas pueden ser insuficientes sin liberación quirúrgica.

Existen varias técnicas de liberación del frenillo; el cirujano elegirá la más adecuada según edad, anatomía, objetivos funcionales y seguridad.

VIII. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA INTERVENCIÓN CUANDO ESTÁ INDICADA

Si no se realiza el procedimiento cuando está indicado, pueden persistir dificultades de lactancia, alimentación, movilidad de lengua, higiene oral, alteraciones del habla o molestias funcionales. En lactantes pueden persistir problemas de agarre, dolor materno o ganancia ponderal insuficiente si están relacionados con la anquiloglosia.

Consecuencias específicas en este paciente: _____

IX. RIESGOS GENERALES

He recibido información suficiente, comprensible y oportuna; que he podido preguntar; que entiendo los beneficios, las alternativas y los riesgos; y que autorizo el procedimiento de manera libre e informada. Las complicaciones, cuando ocurren, pueden requerir medicamentos, curas, controles adicionales, estudios de laboratorio o imágenes, reingreso hospitalario, traslado a otro centro, transfusión, valoración por otras especialidades, UCI o una nueva intervención quirúrgica.

X. RIESGOS ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Sangrado durante o después del procedimiento, generalmente leve, pero que puede requerir compresión, cauterización, sutura o atención urgente.
- Dolor, inflamación, dificultad temporal para alimentar o movilizar la lengua.
- Infección de la herida, secreción, fiebre o necesidad de antibióticos.
- Reparación de la restricción por cicatrización, adherencia o liberación insuficiente, con posible necesidad de ejercicios, terapia o nuevo procedimiento.
- Lesión de glándulas salivales, conductos submandibulares, mucosa del piso de boca, vasos o nervios de la zona, con alteraciones de sensibilidad, salivación, dolor o cicatrización.
- Cicatriz dolorosa, engrosada o limitante.
- Broncoaspiración de sangre o secreciones, excepcionalmente con compromiso respiratorio.
- Lesión dental o de mucosa oral si existen piezas dentarias y se utiliza instrumental intraoral.
- Quemaduras o lesiones por láser, electrocauterio, radiofrecuencia u otros equipos de energía si se utilizan.
- Complicaciones de anestesia local, sedación o anestesia general, según el caso, incluyendo reacción a medicamentos o eventos respiratorios excepcionales.

XI. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

Entiendo que, a pesar de las medidas de higiene, esterilización, antisepsia y cuidado del equipo asistencial, el acto quirúrgico, la manipulación de tejidos y la estancia en un centro de salud pueden asociarse a infecciones hospitalarias o infecciones relacionadas con la atención en salud, que son poco frecuentes pero posibles y pueden requerir antibióticos, drenajes, curas, hospitalización o procedimientos adicionales.

XII. RIESGOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIAS PERSONALES

El paciente declara haber informado al médico sobre sus antecedentes personales, enfermedades actuales o previas, alergias, medicamentos en uso, cirugías anteriores, antecedentes anestésicos, hábitos y cualquier otra condición relevante para la realización del procedimiento. Se le ha explicado que circunstancias como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, uso

de marcapasos, asma/EPOC, apnea del sueño o SAOS, enfermedad renal o hepática, uso de anticoagulantes, antiagregantes, aspirina o AINEs, trastornos de coagulación, epilepsia, tabaquismo, cirugías previas, inmunosupresión, embarazo o sospecha, alergias conocidas y las condiciones particulares señaladas para este procedimiento pueden aumentar los riesgos asociados a la intervención, la anestesia, el sangrado, la infección, la cicatrización, la recuperación postoperatoria o la aparición de complicaciones.

Asimismo, entiendo que, como en toda intervención quirúrgica y/o anestésica, existe un riesgo excepcional de complicaciones graves, potencialmente mortales, incluyendo fallecimiento. Este riesgo puede relacionarse con sangrado severo, complicaciones anestésicas, broncoaspiración, infección grave, obstrucción de la vía aérea, eventos cardiovasculares o respiratorios, y puede aumentar según las enfermedades previas, los antecedentes médicos, la edad, la condición clínica y el estado general del paciente.

El riesgo puede ser mayor en lactantes con dificultad de lactancia o alimentación, pacientes con trastornos de coagulación, uso de anticoagulantes o antiagregantes, alergia a anestésicos locales, infección oral activa, alteraciones anatómicas, comorbilidades relevantes o falta de cumplimiento de ejercicios, terapia de habla/lactancia y controles indicados.

Riesgos, observaciones o contraindicaciones específicas de este paciente: _____

XIII. AUTORIZACIÓN PARA EVENTUALIDADES INTRAOPERATORIAS

Autorizo al equipo médico a realizar las medidas adicionales estrictamente necesarias si durante la cirugía se presentan hallazgos o complicaciones imprevistas que requieran actuación inmediata para proteger mi salud o vida.

XIV. EQUIPO QUIRÚRGICO

Entiendo que la cirugía será realizada por el médico tratante y por un miembro calificado del equipo quirúrgico, según la organización del centro, la complejidad del caso, la disponibilidad de especialistas y las condiciones clínicas del día de la intervención.

XV. MUESTRAS, PATOLOGÍA E IMÁGENES

Autorizo que las muestras obtenidas durante el procedimiento se envíen a estudio anatomopatológico, citológico, microbiológico, cultivo u otro estudio complementario. Autorizo la toma de imágenes clínicas, endoscópicas o quirúrgicas necesarias para la adecuada documentación de mi caso en el expediente clínico. Las imágenes serán tratadas como información clínica confidencial.

XVI. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN CASO NECESARIO

La transfusión sanguínea no es habitual en este procedimiento, pero puede ser necesaria de forma excepcional ante una hemorragia importante, anemia significativa o situación clínica que lo amerite. Se me ha explicado que rechazar una transfusión indicada puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, choque hemorrágico o muerte.

☐ Acepto transfusión si fuese médicamente necesaria / ☐ No acepto transfusión

Motivo del rechazo, si aplica: _____

Firma específica del paciente/representante en caso de rechazo de transfusión: _____

XVII. DECLARACIONES DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE

- Declaro que he sido informado por el médico de los aspectos más importantes de la intervención, su evolución habitual, beneficios esperables, limitaciones, alternativas, riesgos frecuentes y riesgos graves, aunque sean excepcionales.
- Declaro que he podido formular todas las preguntas que he considerado necesarias y que las mismas han sido respondidas de forma clara, suficiente y comprensible.
- Declaro no haber ocultado información esencial sobre mi salud, antecedentes, alergias, medicamentos, hábitos o circunstancias personales que puedan ser relevantes para el equipo que me atiende.
- Declaro que entiendo, comprendo y acepto la información contenida en este consentimiento informado. Si estoy acompañado de familiares o representante, estos también manifiestan haber entendido y comprendido la información explicada.
- Entiendo que la medicina no puede garantizar resultados. El objetivo del procedimiento es el descrito, pero pueden persistir síntomas, requerirse tratamientos médicos prolongados, controles, curas, reintervenciones o tratamientos complementarios según evolución y hallazgos.
- Entiendo que este consentimiento no obliga al médico ni al centro de salud a realizar el procedimiento.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento antes del procedimiento, dejando constancia escrita de dicha decisión.
- Entiendo, comprendo, otorgo mi consentimiento y acepto que, para la realización del procedimiento indicado, puede existir un costo adicional al autorizado, aprobado o cubierto por mi ARS o seguro médico. Dicho costo podrá corresponder, entre otros conceptos, a honorarios médicos, asistentes quirúrgicos, instrumental específico, terminales, dispositivos, equipos, bandeja quirúrgica, materiales especializados o tecnología propia de otorrinolaringología que resulte necesaria o conveniente para la adecuada realización del procedimiento. Se me explicó, entiendo, comprendo y acepto realizar dicho pago.
- Tras recibir la información precedente, DOY MI CONSENTIMIENTO para ser sometido/a al procedimiento de frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual descrito en este documento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante

Iniciales paciente/representante: _____

Iniciales médico: _____

XVIII. REPRESENTANTE LEGAL, PADRE/MADRE/TUTOR O FAMILIAR RESPONSABLE

El padre, madre, tutor o familiar responsable presente declara que ha recibido, entendido, comprendido y aceptado la información en nombre del paciente, en los mismos términos en que lo haría el propio paciente si fuese competente para decidir.

Representante: _____ Cédula: _____

Parentesco o relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

XIX. TESTIGOS

Testigo 1

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Firma: _____

XX. RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

Luego de recibir información sobre mi diagnóstico, opciones, beneficios, riesgos y consecuencias de no realizar el procedimiento, NO AUTORIZO la realización del procedimiento de frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual descrito en este documento. Entiendo que pueden persistir o empeorar los síntomas y complicaciones relacionados con mi condición, según mi caso clínico.

Consecuencias específicas del rechazo en este paciente: _____

Ciudad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante

XXI. RATIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ Cédula _____

RATIFICO el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento de frenotomía lingual o liberación del frenillo lingual descrito en este documento. Declaro que he tenido oportunidad de realizar nuevas preguntas, que no tengo dudas pendientes, que he informado cualquier cambio relevante en mi estado de salud, medicamentos, alergias o condición clínica y que mantengo de manera libre, voluntaria e informada mi autorización para la realización del procedimiento, POR LO QUE ENTIENDO, COMPREENDO Y ACEPTO toda la información contenida en este consentimiento.

Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Firma y nombre del/de la paciente o representante

Firma y sello del médico informante