



MAVEGØ
PEDIATRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FRENOTOMÍA

Nombre:

Fecha de nacimiento:

DECLARO QUE

La enfermera pediátrica María Velasco González colegiada nº 12649 me ha informado de la necesidad de realizar la frenotomía a mi hijo/a

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Llamamos frenotomía lingual a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la sección del llamado frenillo lingual. Esta técnica quirúrgica, en definitiva, se realiza para solucionar una limitación del movimiento de la lengua, que se conoce genéricamente con el nombre de anquiloglosia (es decir, lengua anquilosada), y que puede ser responsable de trastornos de la lactancia, de la alimentación, alteraciones del crecimiento del paladar, aparición de ronquidos o apneas del sueño (detenciones de la respiración), defectos en la pronunciación, etc. El frenillo lingual puede tener dimensiones diferentes, y grosores y disposiciones muy variables.

La intervención se efectúa a través de la boca, bajo anestesia local y, generalmente, consiste en seccionar de manera adecuada el frenillo lingual, y –si es preciso- suturar la herida de manera conveniente para una mejor movilidad de la zona.

Es un procedimiento quirúrgico simple, de corta duración y con bajo riesgo de complicaciones.

COMPLICACIONES FRECUENTES:

Es frecuente que inmediatamente después de la intervención quirúrgica, pueda aparecer, por la boca, una pequeña cantidad de sangre tiñendo la saliva.

En el posoperatorio inmediato puede rechazar el pecho y costarle agarrarse de nuevo, debido a la anestesia en la lengua, a la nueva movilidad de no sabe manejarla y debe aprender de nuevo a usarla.

En las siguientes semanas como complicaciones pueden existir: rechazo al pecho, pérdida de peso, granuloma y fibrosis de la cicatriz.

Con posterioridad a la intervención, es necesario un periodo de rehabilitación del movimiento lingual. Se recomienda acudir a una logopeda o fisioterapeuta pediátrico especialista en anquiloglosia para realizar ejercicios específicos destinados a mejorar la función lingual.

En caso de aparecer una hemorragia persistente o repetidos vómitos de sangre, hay que efectuar un tratamiento adecuado de la situación, que suele consistir en la compresión de la zona intervenida, o la sutura del lecho sangrante. Cabe la posibilidad de que, accidentalmente, pueda pasar la sangre que procede de la herida operatoria, hacia las vías respiratorias. A esta posibilidad se la conoce como hemoaspiración y excepcionalmente, puede llegar a obstruir las vías aéreas, produciendo, incluso, una parada cardiorrespiratoria.

No es frecuente que esta herida se infecte, pero podría aparecer una pequeña infección.

Además, hay que considerar, entre las complicaciones, la posibilidad de que se produzca una edentación –pérdida de alguna pieza dental– accidental, si existen las piezas dentarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO FRENOTOMÍA

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de la movilidad lingual, mejoría en la lactancia y alimentación en general, menor incidencia de infecciones tales como rinitis, faringitis, amigdalitis, laringitis, traqueítis, bronquitis y otitis, y la disminución o desaparición de los ronquidos y la apnea.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia.

CONSIDERACIONES Y CUIDADOS POSFRENECTOMÍA:

- Si el bebé regurgita leche después de la técnica es normal que contenga algunas hebras de sangre.
- En el lugar de incisión se quedará una pequeña herida blanquecina o amarillenta que perdurará durante una semana.
- Es importante no tocar la herida los primeros días a fin de evitar infecciones, sangrado y aumentar el riesgo de adherencia y fibrosis de la herida

Una vez siendo informado/a de la técnica, alternativas, riesgos y beneficios, doy MI **CONSENTIMIENTO** para realizar la frenotomía.

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 representante legal

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 paciente/representante legal

María Velasco:

