

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE BIOPSIA EN CIRUGÍA BUCAL

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D. /D^a:..... con DNI:..... como paciente
(en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre, tutor o persona responsable)
D./D^a:..... DNI:, ha sido
informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), Col. N^o: (n^o de colegiado del doctor informante) de (ciudad de colegiación del doctor informante), sobre los procedimientos clínicos del procedimiento terapéutico denominado:.....
Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento.

Comprendo que la práctica de la **Cirugía Bucal** no es una ciencia exacta, y que pretende solucionar una patología diagnosticada gracias a los hechos observados o comprobados hasta este momento; por tanto no es razonable que el cirujano sea capaz de anticipar ni de explicar todos los riesgos o complicaciones. Comprendo también que un resultado indeseable no necesariamente implica un error en ese juicio, por lo que buscando los mejores resultados confío en que el conocimiento y las decisiones del profesional durante el procedimiento o intervención estarán basados sobre los hechos hasta entonces conocidos, buscando siempre mi mayor beneficio.

Me ha explicado que el tratamiento que se va a hacer se efectuará bajo anestesia local. Su finalidad es bloquear, de forma reversible, la transmisión de los impulsos nerviosos, para poder realizar la intervención sin dolor. Se me ha informado que notaré una sensación de acorchamiento del labio, lengua o de otras zonas de la cara, que va a durar horas, y que normalmente desaparecerá entre dos y cuatro.

Si bien a partir de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad a los componentes de la solución anestésica, ello no excluye la posibilidad de que, a pesar de ser muy improbable, puedan presentarse manifestaciones alérgicas del tipo urticaria, dermatitis de contacto, asma, edema angioneurótico, y en casos extremos shock anafiláctico, que pueden requerir tratamiento urgente. También se me ha explicado que la administración de anestesia local puede provocar, a veces y en el punto de inyección, ulceración de la mucosa y dolor. Asimismo es posible que transitoriamente quede una cierta dificultad en los movimientos de apertura de boca.

Las sustancias que contiene la solución anestésica pueden originar leves alteraciones del pulso y de la tensión arterial. Se me ha informado que, aún en el caso de que no se deduzca ningún tipo de patología cardiovascular de mis antecedentes, la presencia de adrenalina puede favorecer, aunque de forma muy inusual, la aparición de arritmias leves.

Me ha explicado que toda intervención quirúrgica en la boca, aunque de modo infrecuente e incluso impredecible, puede tener riesgos y complicaciones entre las que se incluyen:

- 1- Inflamación.
- 2- Dolor.
- 3- Infección.
- 4- Limitación de la apertura bucal.

- 5- Dehiscencia de la sutura.
- 6- Complicaciones nerviosas: anestesia o hipoestesia del nervio dentario inferior, nervio mentoniano, nervio lingual, nervio infraorbitario; temporal o permanente.
- 7- Daño a estructuras vecinas (dientes o restauraciones).

He sido informado de que estas complicaciones generales pueden requerir tratamientos médico-quirúrgicos adicionales y que raramente, algunas pueden dejar secuelas definitivas.

La biopsia consiste en la toma de una muestra representativa de la lesión. Este procedimiento analizado por el patólogo, nos da el diagnóstico definitivo de la lesión, lo que dará paso al comienzo del tratamiento concreto de la misma. Las complicaciones potenciales de este tratamiento quirúrgico, son, aparte de las mencionadas previamente:

- 1- Necesidad de repetir la biopsia, si el patólogo necesitara otra muestra para un análisis histológico más detallado.
- 2- Infección postquirúrgica de la zona biopsiada.
- 3- Hemorragia durante las primeras horas pos intervención.
- 4- Dehiscencia de la sutura.

Consiento en que se tomen fotografías o registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del/de la paciente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Si surgiera cualquier situación inesperada durante la intervención, autorizo a mi especialista a realizar cualquier procedimiento o maniobra que, en su juicio clínico, estime oportuna para mi mejor tratamiento. También comprendo, que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Yo D. /D^a:..... Como paciente (y si procede) D. o D^a:.....(como padre, madre, tutor o persona responsable), he sido informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), mediante un lenguaje claro y sencillo, me ha dado respuesta a cuantas observaciones he formulado, aclarando todas la dudas, por lo cual comprendo el alcance y el significado de dicha información y **consiento** en realizarme el procedimiento de cirugía oral descrito en el plan de tratamiento. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Toledo,.....de.....de 20.....

El paciente (padre madre o tutor)

El Odontólogo informante