



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN DE URGENCIA DURANTE PANDEMIA COVID-19

Como paciente, usted tiene derecho a ser informado de los beneficios y de los riesgos derivados de un tratamiento.

El propósito de esta información es que usted conozca mejor el tratamiento y pueda tomar la decisión, libre y voluntaria, de autorizar o de rechazar el tratamiento. Ha de saber que es norma de cumplimiento por parte del cirujano oral maxilofacial de informarlo y solicitar su autorización.

Paciente: [Nombre y apellidos paciente] - Persona responsable (*):

Edad: [Edad paciente]

NIF: [NIF paciente]

Dirección: [Dirección paciente] CP:[CP paciente] Población: [Localidad paciente]

(*) En caso que el/la paciente sea menor de edad o incapacidad para dar el consentimiento.

Para hacer el tratamiento propuesto y escogido por el paciente, el/la profesional informa de la necesidad de efectuar alguna de las intervenciones siguientes, que el/la paciente lee, entiende y valora su necesidad. El cirujano oral y maxilofacial ha informado al (a la) paciente con la mayor claridad posible de las siguientes cuestiones a saber:

CONCEPTO DE URGENCIA

En estas circunstancias excepcionales, los expertos y autoridades sanitarias definieron qué situaciones clínicas se pueden considerar URGENCIA MAXILOFACIAL durante la PANDEMIA del COVID-19:

- DOLOR INTENSO y constante que no remite con medicación
- INFLAMACIÓN/INFECCIÓN AGUDAS y SEVERAS, con riesgos graves de diseminación (extensión a la órbita, cerebral, al cuello las cuales a veces se acompañan de dificultad para respirar y/o tragar).
- HEMORRAGIA IMPORTANTE ("sangrado") que no se consigue controlar con medidas hemostáticas habituales.
- FRACTURAS FACIALES, acompañado de dolor intenso.

FINALIDAD

La finalidad de las actuaciones clínicas durante este período de alarma sanitaria, tienen como objetivo mitigar los síntomas/signos clínicos, mejorar el pronóstico vital si estuviera comprometido y NO ser interpretado como un tratamiento quirúrgico con el objetivo de solucionar el problema que los origina.

NATURALEZA DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

Este documento complementa el Consentimiento Informado correspondiente al acto clínico requerido para resolver el motivo de urgencia (ej.: cirugía oral, traumatismos faciales, tumores cabeza y cuello).

CONSIDERACIONES EXCEPCIONALES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

1. TRIAJE TELEFÓNICO PREVIO, realizado directamente por cirujano oral y maxilofacial para asegurar que el motivo de la consulta constituye una VERDADERA URGENCIA.

2. ANAMNESIS completa en búsqueda de síntomas/signos de sospecha de infección por COVID-19 (se efectúa el cuestionario básico difundido por las autoridades sanitarias, para identificar si, en los últimos 14 días, tuvo síntomas de enfermedad respiratoria o dificultad al respirar, fiebre > 37,3°C, si mantuvo contacto con personas con sospecha de infección/síntomas o enfermos de COVID-19, si ha comparecido en reuniones privadas o locales con concentraciones de personas, si estuvo en las regiones consideradas actualmente de riesgo y, por último, si no han respetado la CUARENTENA obligatoria del ESTADO DE ALARMA, salvo situaciones consideradas excepcionales).

Además se pide CONTROL DE TEMPERATURA dos veces al día, con valores inferiores a 37,3°C .

3. CONSULTA PRESENCIAL SIN ACOMPAÑANTE, excepto en casos excepcionales (menores de edad o incapacitados), permitiéndose en estos casos 1 SOLO ACOMPAÑANTE. Se recomienda acudir con mascarilla como efecto barrera y vestido de forma que NO se necesite la retirada de prendas adicionales. Comunicar último registro de temperatura antes de comparecer a la cita, debiendo ser inferior a 37,3°C.

4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL PACIENTE EN LA CLINICA DENTAL:

- 4.1 DESINFECCIÓN DE MANOS (según OMS): frotar bien las manos durante 20" a 30" con el gel hidroalcohólico disponible a la entrada de la clínica. Posteriormente, MANTENER las manos desinfectadas apoyadas en el pecho. NO TOCAR la cara, superficies u objetos. NO MANOSEAR manillas de puertas, dado que los espacios necesarios al acceso permanecerán abiertos;
- 4.2 Toma de nuevo REGISTRO de TEMPERATURA.
- 4.3 EVITAR deambular por los espacios comunes, manteniendo siempre la distancia mínima de seguridad (> 1,5 a 2m) entre personas. La clínica salvaguardará el aislamiento de cada paciente. Se limitará al mínimo el contacto con otros profesionales sanitarios, a mayores del odontólogo(a).
- 4.4 LAVADO DE MANOS (según OMS), durante 1 minuto con posterior DESINFECCIÓN, ya descrita en el apartado 4.1;
- 4.5 Ya en la mesa quirúrgica o sillón dental, empezar por hacer ENJUAGUE previo al procedimiento con Peróxido de Hidrógeno al 1% (alérgicos al yodo) o colutorio de Povidona Iodada al 0,2% durante 1 minuto.

LIMITACIONES Y RIESGOS

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.

En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos orales, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión del COVID-19.

Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico.



CIRCUNSTANCIAS PARTICULARES DEL PACIENTE QUE CONDICIONAN UN RIESGO ELEVADO DE TRANSMISIÓN DEL COVID-19, CON CONSECUENCIAS GRAVES PARA SU SALUD

- EMBARAZO.
- EDAD AVANZADA.
- PLURIPATOLOGÍA ASOCIADA, como enfermedad respiratoria previa, diabetes, patología cardíaca, entre otras.
- INMUNOSUPRESIÓN (inducida por medicación o inherente a estado de salud del paciente).

OTRAS CONTRAINDICACIONES Y ADVERTENCIAS IMPORTANTES RELACIONADAS CON EL ACTO CLÍNICO ODONTOLÓGICO

Persistencia o reagudización posterior de los síntomas por no reunir las condiciones ideales para instaurar tratamiento odontológico adecuado.

Si tiene, o cree tener, ALERGIA AL LÁTEX debe advertirnoslo porque tanto la mayoría de los guantes como los diques de goma (unas membranas para aislar el campo operatorio y proteger las partes blandas de la boca) lo contienen. Con frecuencia los materiales de corte y sujeción del dique de goma pueden provocar pequeñas lesiones en la zona del diente tratado, que suelen ser leves y se resuelven en unos días.

Si ha tenido, o cree tener, ALERGIA, algún tipo de intolerancia o reacción anormal a los ANESTÉSICOS LOCALES o a los VASOCONSTRICTORES, debe hacérselo saber inmediatamente. Si tiene HIPERTENSÓN o DIABETES, no se olvide de indicárnoslo, ya que determinados componentes de los anestésicos locales (vasoconstrictores) pueden exacerbarla.

Adviértanos si tiene alguna ENFERMEDAD CARDÍACA que aconseje hacer profilaxis frente a la endocarditis bacteriana (fiebre reumática, válvulas cardíacas artificiales, etc.).

El/la paciente entiende que, al finalizar el tratamiento, ha de seguir escrupulosamente las instrucciones de higiene y de mantenimiento que se le han explicado.

Declaración del/de la paciente antes del tratamiento: Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y el cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la ley 41/2002, el/la paciente declara haber entendido todas las explicaciones facilitadas en un lenguaje claro y sencillo. Ha podido manifestar todas las observaciones y le han sido aclaradas todas las dudas, de manera que se siente plenamente informado en lo que se refiere a la realización y a las posibles complicaciones del tratamiento. También ha sido informado de otras alternativas posibles al tratamiento propuesto.

También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación, puede revocar el consentimiento ahora prestado.

[Localidad], el día [Día] de [Mes] de [Año]

El/la paciente: El/La profesional:

Sr./Sra: [Nombre y apellidos paciente]

Dr./Dra: [Nombre y apellidos Dr./Dra.]

Colegiado/a nº: