

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA ORTOGNATICA

FECHA:.....

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT.....

DE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO:

1) La enfermedad a tratar, es una malformación que afecta varias estructuras de la cara, que se manifiesta con el crecimiento y desarrollo, y la cirugía propuesta puede no ser la única necesaria.

2) El tratamiento propuesto es de tipo quirúrgico mediante el corte de huesos de la cara para su re-posición en sitio más adecuado que de mejor estética y oclusión (mordida) por el acto quirúrgico.

3) La ortodoncia pre, y post quirúrgica son de capital importancia en la estabilidad del tratamiento quirúrgico

4) Los resultados esperados no se pueden garantizar y las predicciones mostradas, en computador, son una aproximación del resultado final

5) En este tipo de cirugías se implantan elementos metálicos de osteosíntesis, los que se dejan en el interior del cuerpo, si estos causan cualquier tipo de molestias pueden, o deben ser retirados posteriormente mediante otro acto quirúrgico.

6) Ocasionalmente se indican injertos óseos extraídos de otra parte del cuerpo, la implantación de estos elementos adicionales en el área máxilo-facial constituyen riesgos adicionales, por infección o rechazo de los mismos. La extracción de hueso de otra parte del cuerpo, constituye una intervención quirúrgica adicional, con riesgos y complicaciones propias

7) En algunos casos puede ser recomendada la implantación de elementos aloplásticos, con fines estéticos, con riesgos y complicaciones adicionales.

8) Este tipo de cirugía se realiza preferentemente a través de la boca, para evitar cicatrices visibles, pero además se requieren pequeñas incisiones por piel que dejan cicatrices más o menos visibles, dependiendo de la cicatrización del paciente.

9) Habitualmente se solicitan exámenes pre-quirúrgicos o chequeos médicos, la normalidad de estos, no garantiza resultados en ningún sentido y solo deben considerarse como un elemento positivo

10) Siendo esta una cirugía mayor requiere procedimientos adicionales a la anestesia y cirugía. Tales como, sonda vesical, sonda nasogástrica, vías venosas en brazos, pies, o cuello., cualquiera de estos procedimientos puede producir complicaciones específicas.

RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES:

Esta es una Cirugía de bajo riesgo de muerte , aunque no esta ausente, especialmente si el paciente es portador de algún síndrome con alteraciones de otros órganos y sistemas.

Por su alta complejidad los riesgos de otras complicaciones son altos, entre estos:

- Complicaciones anestésicas que aumentan con la existencia de otras enfermedades, entre otras, es frecuente el dolor de garganta por algunos días, y una anestesia de varias horas puede producir complicaciones respiratorias

- La cirugía sobre maxilares, por sus relaciones anatómicas modifica o invade zonas vecinas relacionadas con la respiración (nariz y senos maxilares), con la fonación (paladar , senos maxilares y nariz), pudiendo estas zonas ser alteradas positiva o negativamente por la cirugía o complicaciones de esta.

- La zona a operar tiene vasos sanguíneos, venas, vasos linfáticos, nervios que permiten movimientos, músculos que ejecutan movimientos, nervios que dan sensibilidad. Todos estos elementos serán alterados por la cirugía en forma transitoria e incluso alguno de ellos puede ser alterado en alguna medida en forma definitiva.

- La presencia de órganos dentarios en zonas próximas a la cirugía, puede condicionar lesión de alguno de estos, pudiendo incluso llevar a la pérdida de alguno de estos.

- La encía que rodea los dientes puede ser alterada en su forma incluso años después de la cirugía.



- Puede no lograrse toda la exactitud esperada en la cirugía inicial, por lo que se puede requerir procedimientos complementarios, en post operatorio primeros días.
- La estabilidad en el largo plazo depende de la estabilidad de la oclusión dentaria, la presencia de vicios de oclusión como el bruxismo, o la pérdida de piezas dentarias pueden alterar la oclusión , y por ende alterar el resultado obtenido por la cirugía ortognática.
- La mayor parte de la cirugía se realiza a través de la boca, lo que implica un riesgo adicional de infecciones post-quirúrgicas. La infección puede afectar los tejidos blandos, como también el hueso en forma inmediata o tardía a la cirugía, la infección crónica de hueso puede llevar a la pérdida de parte de este, lo que puede producir deformidades adicionales que requerirían cirugías adicionales para su corrección. El uso de antibióticos disminuye el riesgo de infecciones, pero no garantiza el que no se produzcan.
- La cara , boca, y nariz son regiones, de gran irrigación sanguínea, lo que puede provocar hemorragias importantes por el procedimiento obligando a medidas complementarias como transfusión de hemo-componentes, y/o taponaje nasal por algunos días, por otra parte si hay acumulación de sangre en tejidos blandos se expresara como hematomas o equimosis.
- Todo procedimiento quirúrgico se acompaña de edema (hinchazón) , el cual será mayor cuanto más extensa y compleja sea la cirugía, el edema alterara en forma transitoria todas las funciones del área máxilo-facial, (deglución, masticación, fonación, respiración).
- El realizar complejos y extensos procedimientos por la boca, frecuentemente provoca lesiones y erosiones de los labios
- La cirugía de transformación facial, frecuentemente produce alteraciones psicológicas transitorias, las cuales especialmente en pacientes con antecedentes de enfermedades psicológicas, pueden producir conductas aberrantes.
- Todo tratamiento de complicaciones puede significar costos adicionales a asumir por el paciente.

CONSENTIMIENTO DE PROCEDIMIENTO

Habiendo comprendido todo lo enunciado anteriormente sobre la enfermedad, su tratamiento, riesgos y posibles complicaciones, y habiéndose dado la oportunidad de aclarar dudas y preguntar todo lo necesario:



DECLARACION Y FIRMAS

- **DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 Firma:

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:
 Firma:.....
 Fecha:.....

REVOCACION

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente)
 REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT:.....
 Firma:.....
 Fecha:.....

