

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

Breve descripción del procedimiento quirúrgico

Llamamos genioplastia de deslizamiento a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de las anomalías de la forma del mentón, mediante el desplazamiento de la porción anterior del hueso mandibular, correspondiente a esta zona concreta.

En el caso de la genioplastia de deslizamiento, la intervención se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación y analgesia del/de la paciente o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el equipo quirúrgico.

La técnica se realiza a través de una incisión realizada en el interior de la cavidad oral. En el acto quirúrgico se realizará un corte del hueso del mentón y un desplazamiento de éste, generalmente hacia delante, con el fin de corregir el defecto anatómico de esta estructura. El segmento de mentón cortado se fijará en su nueva situación mediante la utilización de material como placas y tornillos de titanio. El tipo de corte y el desplazamiento del segmento de hueso cortado se decidirán con carácter previo a la cirugía, en función a estudios cefalométricos -de las medidas de la cara y el cráneo-, las características dentales y anatómicas, y los deseos del/de la paciente.

Tras la intervención, se coloca un apósito sobre el mentón para reducir la inflamación inducida por la cirugía. Esta inflamación es más intensa en los primeros tres días del periodo postoperatorio, por lo que es aconsejable la aplicación de frío local para reducir ésta. Se deberán extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión. Se dejará una sutura intraoral con puntos reabsorbibles que se desprenderán solos al cabo de unos días.

Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad del área del mentón, que se puede extender al labio inferior e incluso a los incisivos inferiores. Esta alteración de la sensibilidad suele ser transitoria.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Persistirán la retrogenia o retrognatia mandibular, es decir, la situación más retrasada del mentón, y la anomalía del ángulo del mentón o mento-cervical.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

BENEFICIOS ESPERABLES

El aumento de la proyección del mentón con o sin aumento de la definición del borde mandibular inferior. Mejoría del ángulo del mentón o mento-cervical.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La mentoplastia, y las osteotomías de mandíbula.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La complicación más frecuente de la genioplastia de deslizamiento es la aparición de asimetrías o de deformidades en el mentón. Si ello ocurriera, sería necesaria otra intervención quirúrgica para corregirlo.

Existe riesgo de lesión de los nervios de la zona, llamados mentonianos con la lógica aparición de alteraciones de la sensación -las llamadas parestesias- o anestesia del área mentoniana, labio inferior e incisivos inferiores. En el caso de que estos nervios sean seccionados accidentalmente en la cirugía, la anestesia puede ser definitiva.

El corte del hueso del mentón o la colocación de las placas y los tornillos antes mencionados se asocia a un riesgo mínimo de lesión de raíces dentarias de incisivos inferiores. Esta lesión puede producir la pérdida de estas piezas dentarias.

La disección quirúrgica del hueso del mentón puede dar lugar al desprendimiento de los tejidos blandos del mentón dando lugar a descenso de éstos. Ello generaría una deformidad conocida como "mentón de bruja", o una prognatia mandibular, de difícil corrección.

Existe un riesgo pequeño de infección quirúrgica del área operada. Esta complicación podría hacer necesaria la retirada del material metálico colocado y una posterior reintervención para corregir el defecto creado.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmero cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

Nombre y apellidos:

Firma:



SEORL CCC

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de ésta, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

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/La representante legal

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

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/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: