

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA DISTRACCIÓN ÓSEA

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña.
 como paciente o (D/Doña como su representante),
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que
 he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr.
 , y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado
 el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La distracción ósea es un procedimiento ampliamente empleado en Traumatología y Cirugía Ortopédica, cuyo fin es la formación de nuevo hueso a partir del hueso existente. Consiste en la colocación de un aparato (distractor) sobre el hueso de la mandíbula, del maxilar superior o de la encía durante una intervención quirúrgica que puede ser realizada con anestesia local o con anestesia general. En dicha intervención el hueso es cortado y el distractor colocado y unido al hueso mediante tornillos o pines. Tras un período de espera variable desde 1 día a 10 días, el distractor activado, bien por el cirujano o por el paciente mismo, siendo para tal fin instruido por su cirujano.

La activación diaria se realiza dando 1 o 2 vueltas al activador, suponiendo una distracción de 1 mm al día. Una vez finalizado el período de distracción activa y tras conseguir el hueso deseado, ha de esperarse un período variable de tiempo (de semanas a meses) antes de retirar el aparato, lo cual suele realizarse con anestesia local en una pequeña intervención quirúrgica.

En la mayoría de los casos el acto operatorio precisa anestesia general, con los riesgos inherentes a la misma que serán informados por su anestesista. La mayoría de los distractores se colocan dentro de la boca, aunque algunos pueden tener partes del mismo externas y dejar cicatrices inestéticas.

Entiendo que estos procedimientos intentan corregir las lesiones producidas por la deformidad congénita o secundaria al traumatismo o desgaste óseo y que mi aspecto exterior difícilmente será perfecto, y que pueden producirse secuelas derivadas de la deformidad y/o de la intervención quirúrgica recibida, pudiendo necesitarse más tarde otros tratamientos.

Las complicaciones estadísticamente más frecuentes de los tratamientos mediante distracción ósea son varias, y dependerán de la gravedad de la deformidad, pudiendo incluir y no de forma exhaustiva:

- Hematomas y edemas tras la cirugía.
- Cicatrices inestéticas.
- Pérdidas de piezas dentarias.
- Pérdida de hueso.
- Apertura de los puntos de sutura y de la herida.
- Dificultad respiratoria.
- Fracaso en conseguir el hueso deseado.
- Falta de cicatrización ósea.
- Infecciones de la herida y pérdida del injerto óseo.
- Infecciones de los pines y cicatrices inestéticas.
- Disminución o pérdida temporal o permanente de la sensibilidad de la cara.
- Malposición de los segmentos óseos maxilares.
- Dolor postoperatorio.
- Falta de sensibilidad de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar. Parcial o total, temporal o permanente.



- Los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento, e incluso la extracción.
- Recidiva (recaída) total o parcial de la deformidad.
- En caso de incisiones extraorales se pueden producir cicatrices inestéticas.
- Rotura de instrumentos y aspiración o tragado de los mismos.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento

Además, en entrevista personal con el Dr he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

Enade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad).
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo (D.N.I.)