

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-171

Cirugía Ortognativa

Rev. 01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Esta cirugía tiene como finalidad corregir la posición de los huesos maxilares (mandíbula y maxilar) mejorando armonía facial y oclusión. Generando correcciones funcionales incluyendo masticación, deglución, respiración, y apariencia facial.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA ORTOGNATICA (En qué consiste)

El tratamiento propuesto se realiza mediante osteotomías (cortes) en los huesos de la cara y su posterior reposición en la posición adecuada, frecuentemente fijada con placas y tornillos de osteosíntesis de titanio que permanecen indefinidamente asegurando la nueva posición de los huesos faciales. Ocasionalmente se utilizan injertos óseos extraídos del mismo paciente (autoinjertos) o de proveedores establecidos ya sean naturales (aloinjertos) o sintéticos (injertos aloplásticos).

Esta cirugía se realiza mediante accesos quirúrgicos preferentemente por boca, para evitar cicatrices visibles, pero puede haber pequeñas incisiones por piel que pueden dejar cicatrices visibles dependiendo de la cicatrización del paciente.

Normalmente se realizan exámenes y estudios pre-quirúrgicos, los cuales son solicitados en contexto de una cirugía mayor programada. La normalidad de estos no garantiza en ninguna medida los resultados y debe considerarse como un elemento positivo.

La ortodoncia pre y post quirúrgica son de absoluta importancia para la estabilidad del tratamiento quirúrgico y debe considerarse como parte del proceso quirúrgico integral.

Siendo esta una cirugía mayor, requiere uso de anestesia general, lo que podría requerir de algunos procedimientos anexos tales como, sonda vesical, sonda nasogástrica, vías venosas en brazos, pies y/o cuello, los cuales pueden producir complicaciones propias.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA ORTOGNATICA

La cirugía ortognática es una cirugía segura y con pocas complicaciones severas, aunque no están exentas. Las complicaciones severas descritas son, necrosis de los huesos maxilares, pérdida de visión, infartos o paros cardiacos, accidentes vasculares encefálicos o incluso la muerte. Estas cirugías son realizadas en centros debidamente implementados, capacitados y autorizados sanitariamente para reaccionar en caso de que aparezcan.

Por la alta complejidad de estos procedimientos quirúrgicos, los riesgos de presentar complicaciones leves o moderadas son altos, entre estos están:

- Hematomas e inflamación post quirúrgica
- Hemorragia intra o post operatoria
- Infección de los sitios quirúrgicos intra bucales o por piel
- Dolor post operatorio
- Falta de sensibilidad de labios, mentón, mejillas, encía, lengua, dientes o paladar. Parcial o total, temporal o permanente.
- Los dientes próximos a las osteotomías (cortes) pueden resultar dañados y requerir tratamiento, e incluso, la extracción.
- Mala unión de los fragmentos óseos
- Recidiva (recaída) total o parcial de la anomalía dentofacial tratada.
- Sinusitis y/o comunicación oro-astral (entre senos maxilares y boca)
- Deformidad del tabique nasal y/o de la nariz.
- Alteraciones o trastornos funcionales de la articulación temporo-mandibular, transitoria o permanente, que puede requerir re intervención y/o cirugía de la articulación temporo-mandibular. En casos severos puede requerir el uso de prótesis de reemplazo articular total o parcial.
- Lesiones y/o erosiones en los labios.
- Inestabilidad de la fijación ósea. Puede requerir uso de bloqueo intermaxilar post operatorio.
- Alteraciones psicológicas transitorias, especialmente en pacientes con antecedentes de enfermedades psicológicas, pueden presentar conductas aberrantes.

En ocasiones y producto de las complicaciones antes descritas, puede ser necesario realizar reintervención quirúrgica, situación que será evaluada por equipo quirúrgico en conjunto con el paciente. Esto puede significar costos adicionales a asumir por el paciente.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Entendiéndose que la indicación de cirugía ortognática requiere de una evaluación previa del equipo quirúrgico y del ortodoncista tratante, no existe tratamiento alternativo que alcance los objetivos planteados y con tasas de éxito comparables a la cirugía ortognática.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-171

Cirugía Ortognativa

Rev. 01

En caso de los pacientes con indicación de cirugía ortognática por apnea obstructiva del sueño (SAHOS), la única alternativa es el uso permanente de CPAP.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía Ortognativa.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Ortognativa.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía Ortognativa** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCAION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)