

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DISTRACCIÓN ÓSEA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL 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, cráneo o de la encía. La intervención quirúrgica 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 pequeños clavos). Tras un periodo de espera variable de varios días (en torno a 7-10 días), el distractor es activado, bien por el cirujano o por el paciente mismo, siendo para tal fin instruido por su cirujano maxilofacial. La activación diaria se realiza dando 1 ó 2 vueltas al activador, suponiendo una distracción de 1 mm al día. Una vez finalizado el periodo de distracción activa y tras conseguir el hueso deseado, ha de esperarse un periodo variable de tiempo (de semanas a meses) antes de retirar el aparato, lo cual suele realizarse con anestesia local en una pequeña intervención quirúrgica.

La mayoría de los distractores se colocan dentro de boca, pero otros se colocan por fuera pudiendo provocar desarrollo de cicatrices inestéticas que podrán ser mejoradas en el futuro. En la mayoría de los casos el acto operatorio se realiza con anestesia general, con los riesgos propios de la misma que serán informados por su anestesista.

Para la realización de este tratamiento es imprescindible la colaboración del paciente con una higiene oral y de las heridas quirúrgicas muy escrupulosa, con visitas periódicas para control clínico y/o radiográfico, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Tratamiento de zonas con defectos congénitos, o debidos a traumatismos, desgaste óseo, etc. donde la falta de hueso es importante. Trataremos de crear tejido óseo (hueso) en aquellas zonas que sea necesario para compensar falta del mismo, además de alargamiento de las partes blandas que se encuentran sobre el mismo. Realizando por tanto una doble función, alargamiento óseo y estiramiento de partes blandas que lo cubren.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En lugar de alargar el hueso colocar un injerto óseo del propio paciente, colgajo microvascularizado con hueso, u otras técnicas que debido a la gran variabilidad de los casos le explicará su cirujano.

En su caso:

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Corrección del defecto previo con mejoría respecto al estado anterior a la cirugía.
2. El aspecto del paciente es muy difícil que sea perfecto, y pueden producirse secuelas derivadas de la deformidad y/o de la intervención quirúrgica recibida, pudiendo necesitarse más tarde otros tratamientos.
3. Dolor y malestar local y/o regional de intensidad variable.
4. Sensación de tensión en el área donde se aplica el dispositivo.

En su caso además:

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

Persistencia e incluso en algunos casos progresión de la deformidad presente actualmente.  
 En su caso además:

**RIESGOS FRECUENTES**

1. Hematomas y edemas postoperatorios.
  2. Cicatrices inestéticas
  3. Pérdida de piezas dentarias de dientes cercanos a la cirugía, pudiendo necesitar tratamientos conservadores por odontólogo, e incluso la extracción.
  4. Pérdida de hueso.
  5. Alteraciones de la sensibilidad de alguna zona de la cara o boca, dependiendo de la posición donde sea colocado el distractor, parcial o total, y temporal o definitiva.
  6. Alteraciones de la movilidad de alguna zona de la cara, dependiendo de la posición donde sea colocado el distractor, parcial o total, y temporal o definitiva.
  7. Fracaso en conseguir la cantidad o calidad del hueso deseado.
  8. Falta de cicatrización ósea.
  9. Infección de la herida, o áreas cercanas a los elementos de sujeción del distractor, con pérdida del hueso que intentamos alargar.
  10. Malposición de los fragmentos óseos maxilares.
  11. Recidiva (reaparición de la deformidad), que puede ser total o parcial.
- En su caso además:

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

1. Dificultad respiratoria grave.
  2. Rechazo al material de osteosíntesis.
  3. Osteomielitis (infección ósea).
  4. Roturas de instrumentos.
  5. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
  6. Deglución (tragar) algunos de los elementos que forman parte del distractor.
  7. Hemorragia grave.
- En su caso además:

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**
**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>