

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTÍA DE DESLIZAMIENTO ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

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

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
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			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **GENIOPLASTÍA DE DESLIZAMIENTO**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

Llamamos genioplastia de deslizamiento a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de las anomalías de la forma del mentón. La intervención se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación y analgesia del paciente o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica 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 paciente.

Tras la intervención, se coloca un apósito sobre el mentón para reducir la inflamación inducida por la cirugía, que es más intensa en los primeros tres días del periodo postoperatorio, por lo que es aconsejable la aplicación de frío local para reducirla.

Se debe extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión, quedando una sutura intraoral con puntos reabsorbibles que se desprenden solos al cabo de unos días.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

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.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

La mentoplastia y las osteotomías de mandíbula.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

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.

C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTÍA DE DESLIZAMIENTO

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de *no efectuarse esta intervención*, persistirán la retrogenia, es decir la situación más retrasada del mentón y la incorrección del ángulo del mentón o mento-cervical.

RIESGOS FRECUENTES

La complicación más frecuente de la genioplastia de deslizamiento es la aparición de asimetrías o de deformidades en el mentón. Si 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 mental, 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, generando una deformidad conocida como “mentón de bruja”, de difícil corrección.

Hay 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

No hay que ignorar, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades y con la gravedad de las mismas.

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

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

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO 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			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO 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.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA