



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS  
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

“EXPERIENCIA QUIRÚRGICA ENTRE QUEILOPLASTIA VERTICAL VS  
QUEILOPLASTIA TIPO MILLARD EN PACIENTES CON LPH UNILATERAL  
COMPLETO EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD,  
EVALUACIÓN DEL 2013 AL 2016”

## **TESIS DE POSGRADO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MÉDICO ESPECIALISTA EN:

## **CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

PRESENTA:

**DR. DANIEL GARZA ARRIAGA**

ASESORES DE TESIS:  
DR. RODRIGO DAVILA DÍAZ  
DR. CUAHUTEMOC MARQUEZ ESPRIELLA

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

DRA. ANA ELENA LIMÓN ROJAS  
DIRECTOR

---

DRA. JUDITH LÓPEZ ZEPEDA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

---

DR. CUAHUTEMOC MÁRQUEZ ESPRIELLA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
JEFE DE SERVICIO CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA  
ASESOR DE TESIS

---

DR. RODRIGO DÁVILA DIAZ  
TUTOR Y ASESOR DE TESIS

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	5
TÍTULO.....	6
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	18
HIPÓTESIS.....	19
HIPOTESIS NULA.....	19
OBJETIVO GENERAL.....	19
OBJETIVO PRINCIPAL.....	19
OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	19
TIPO DE ESTUDIO.....	20
DISEÑO.....	20
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	20
DEFINICIÓN DE UNIVERSO.....	20
CRITERIOS.....	21
INCLUSIÓN.....	21
EXCLUSIÓN.....	21
SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	21
TAMAÑO DE MUESTRA.....	22
DEFINICIÓN DE LA VARIABLE.....	22
VARIABLES INDEPENDIENTES.....	22
VARIABLES DEPENDIENTES.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
BASE DE DATOS.....	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS.....	36
ANEXO 1.....	36
ANEXO 2.....	36

ANEXO 3. BASE DE DATOS .....	37
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO .....	38
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE INFORMACIÓN Y FOTOGRAFIAS .....	46
ANEXO 6. AVISO DE PRIVACIDAD .....	49

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios*

*A mis papas, a lauris y a Gus, por todo su comprensión y apoyo incondicional durante estos 7 años y su fe y confianza en mí para lograr llegar hasta donde estoy. A todos mis tíos, tías, primos, primas, cuñado y sobrinos, que también estuvieron en las buenas y en las malas dando siempre un empujón para seguir adelante.*

*A Diana, mi esposa hermosa, cuyos consejos y apoyo me guiaron muchas veces por el camino difícil de la medicina, me ayudaron a salir adelante y que me ayudo a enfrentar tantas situaciones nuevas de vida, te amo mucho.*

*A mis profesores que gracias a sus enseñanzas, tips y consejos he logrado forjarme como el cirujano plástico que siempre desee.*

*A mis compañeros de generación, Fernando y Gerardo, quienes fueron un gran apoyo durante este trayecto.*

*A mis amigos, Ricardo, Iván, Víctor, Flais, Meri, Sandra, que me apoyaron en las buenas y en las malas para no desistir de mis deseos de lograr todo esto.*

*A Marcela Barrera Fuentes por su grandísimo apoyo para realizar los análisis y la parte científica de esta tesis.*

*A todos mis pacientes que fueron más que un libro abierto y que gracias a ellos aprendí a resolver las situaciones que ahora se manejar y tratar.*

## TITULO

“EXPERIENCIA QUIRÚRGICA ENTRE QUEILOPLASTIA VERTICAL VS QUEILOPLASTIA TIPO MILLARD EN PACIENTES CON LPH UNILATERAL COMPLETO EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD, EVALUACIÓN DEL 2013 AL 2016”

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Hasta el momento no existen suficientes estudios para comparar las ventajas y desventajas de la queiloplastía vertical sobre la queiloplastía tipo Millard.



## MARCO TEÓRICO

El labio y paladar hendido son las anomalías craneofaciales más comunes. Es una entidad en la cual se encuentra una fisura en el labio superior y paladar.<sup>1</sup>

Los antecedentes en el tratamiento quirúrgico del labio y paladar hendido datan desde hace varios siglos. En el siglo IV A.C. se encontró una estatuilla de barro en el antiguo Corinto. En México se tienen vestigios de cerámica que datan desde 1,500 A.C. y hasta del siglo I D.C.<sup>2</sup>

El primer tratamiento quirúrgico para reparación de labio hendido fue reportado en 390 A.C. en China. Desde entonces numerosos procedimientos de reparación se han establecido, desde colgajos de avance laterales, cierres lineales y z-plastias. A mediados del siglo XX, LeMesurier y Tennison implementaron su técnica quirúrgica la cual fue ampliamente utilizada. La nueva era en la cirugía de reparación de labio hendido inició en 1955 durante el primer congreso internacional de Cirugía plástica, realizado en Estocolmo. En dicho congreso, el Dr. Millard presentó su técnica de reparación de labio hendido mediante rotación y avance de colgajos. Hasta la fecha ha sido la técnica más ampliamente utilizada, la más popular y la que ha perdurado durante más tiempo. A pesar de esto, el Dr. Millard ha realizado modificaciones a su propia técnica conforme han pasado los años, demostrando como es que esta malformación congénita presenta variantes que pueden ameritar modificaciones a la técnica quirúrgica.<sup>3</sup>

El desarrollo embriológico de la cara ocurre entre la semana 4 y 10. El primer arco branquial contribuye a la formación de la prominencia maxilar y mandibular los cuales se fusionan para formar los componentes laterales y caudales del estomodeo primitivo o boca. El proceso frontal formado por la proliferación del mesénquima ventral frontal forma la prominencia frontonasal, el cual forma la porción craneal del estomodeo. En total se forman 5 prominencias (2 pares y una impar) y su adecuada fusión son esenciales para el adecuado desarrollo del labio y paladar. Conforme va creciendo y desarrollándose el embrión, las prominencias maxilares se desarrollan hacia la línea media para encontrarse con la prominencia frontonasal y formar una masa mesenquimal, la cual dará origen al labio superior, el filtrum y el paladar primario, el cual, se localiza justo detrás de la línea de la encía hasta el foramen incisivo. La prominencia nasal medial forma el filtrum, el arco de cupido, la punta nasal, el septum y la premaxila. La prominencia lateral forma el ala nasal. La prominencia maxilar forma el labio superior que se fusiona con el filtrum. Las dos prominencias nasales medias del proceso fronto nasal se fusionan para formar el proceso platino medio para formar el paladar primario. El paladar comienza a formarse durante la 5ta semana. Durante la 6ta semana se desarrollan las dos prominencias palatinas, las cuales migraran hacia la línea media conforme descienda la lengua y hacia la semana 9 se fusionaran con el septum nasal y el paladar primario, completándose hacia la semana 12. El proceso palatino lateral derivado de la prominencia maxilar al fusionarse forman el paladar secundario. Una falla en la fusión entre la prominencia maxilar y la prominencia frontonasal dará origen al labio hendido. Así mismo una falla en la

fusión de los procesos palatinos condicionan la formación de un paladar hendido<sup>1</sup>(Imagen 1).

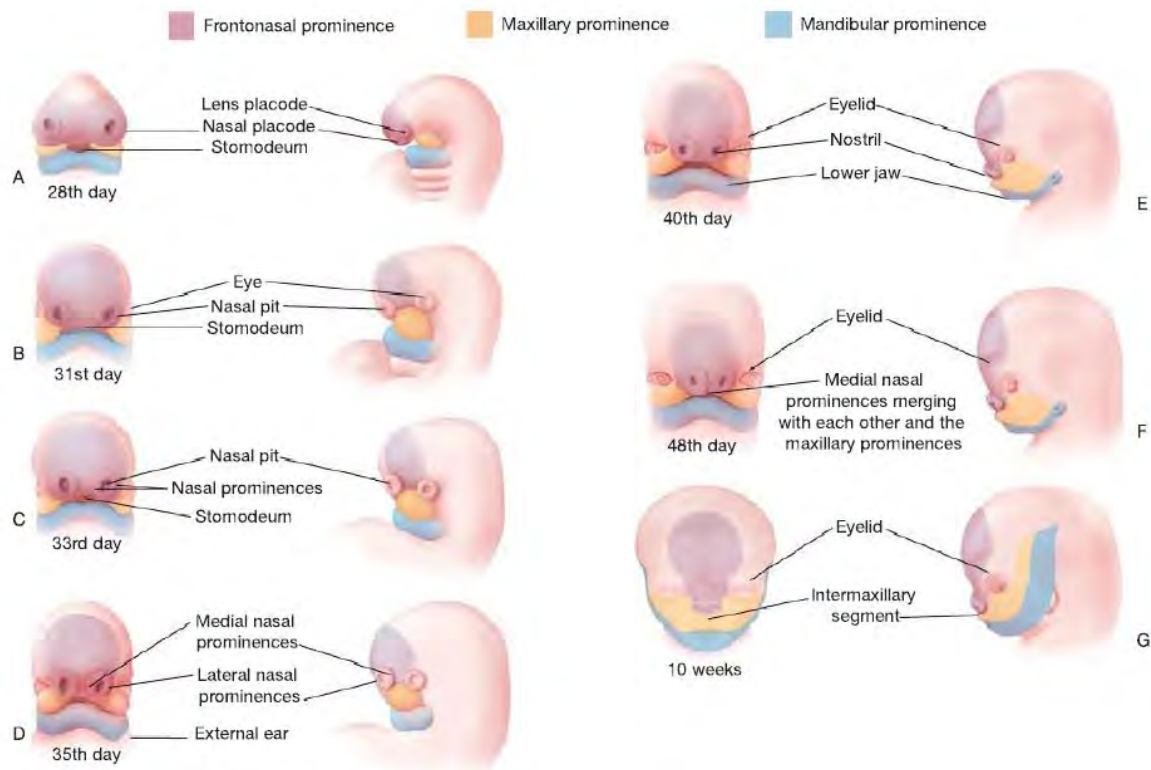


Imagen 1.

El labio y paladar hendido se puede clasificar de distintas maneras. Esta puede ser uni o bilateral. Se puede presentar de manera aislada, afectando únicamente el labio (labio hendido) o afectando tanto el labio como el paladar (labio y paladar hendido), de los cuales el 70% de los labios hendidos unilaterales y el 85% de los labios hendidos bilaterales, se acompañaran de paladar hendido. La presentación más común es la de labio y paladar hendido bilateral en un 45%, el paladar hendido aislado se presenta en 35% y el labio hendido aislado se presenta en 20%. En relación a los labios hendidos, se presentan más comúnmente de manera

unilateral, afectándose más frecuentemente el lado izquierdo (izquierdo:derecho: bilateral 6:3:1). Así mismo, el paladar hendido se puede encontrar con una fisura completa (afectando nariz, labio, alveolo, paladar duro y blando) o con una fisura incompleta, afectando únicamente el paladar blando y en donde se puede encontrar la variante de úvula bífida, paladar hendido submucoso o paladar blando hendido. Las hendiduras se pueden clasificar también como sindromáticas (acompañadas de alguna otra anomalía congénita, donde se ha encontrado en relación con más de 150 síndromes y esperado en un 10% de los casos) o no sindromáticas (presentando únicamente el labio y/o el paladar hendido sin ninguna otra alteración). Si el labio hendido se presenta de manera aislada, es decir, sin afectarse el paladar, 30% de los niños presentaran un síndrome asociado identificable. Si el paladar se presenta de manera aislada, sin afectarse el labio, el 50% tendrán algún síndrome asociado<sup>1,4</sup>.

Su incidencia se presenta en 4-14:10,000 recién nacidos, variando de 1:286 hasta 1:1235.<sup>1,5</sup>

En México es la malformación congénita más frecuente presentándose desde 1.39:1,000, 1:750, identificándose 9.6 casos por día, representando en nuestro país 3,521 casos nuevos por año.<sup>4,6</sup>

El género masculino es el afectado principalmente al padecer labio y paladar hendido, sin embargo el género femenino es el más frecuentemente afectado en labio hendido aislado. La mayor incidencia se presenta en niños de raza asiática y descendientes de Indo-Americanos. La menor incidencia se presenta entre la raza

negra. El riesgo de recurrencia familiar se ha encontrado de un 3-5% hasta un 4-10% teniendo un padre afectado<sup>1, 17</sup>. Si se tiene un hijo afectado, se tendrá el riesgo de 4% de tener otro hijo afectado. Dicho riesgo se incrementa a 9% en caso de tener 2 casos afectados. En caso de que un padre se encuentra afectado y tenga un hijo afectado se tendrá un riesgo de 17% de tener un nuevo caso.

El mecanismo por el cual se presenta el labio y paladar hendido se desconoce, se cree que es multifactorial, con causas genéticas y ambientales. Sin embargo existen ciertos factores de riesgo que se piensa pueden condicionar dicha patología. Se han encontrado mutaciones en los genes 1q24, 2p, 3p20, 3q, 4q32, 10p15, 17q, 18q, y 21q, involucrados en la formación de factor de crecimiento transformado  $\alpha$ ,  $\beta$ 3, AP2 y MSX1. La edad de la madre <19 o >39 años es otro factor a considerar. Se han estudiado algunos medicamentos o sustancias que fungen como teratógenos durante el desarrollo embrionario como son la cortisona; los anticonvulsivantes como las benzodiazepinas; el tabaco y el alcohol. La ausencia de ácido fólico previo y durante el embarazo puede propiciar al desarrollo de estas patologías.<sup>1,4,17</sup>

Existen diversas clasificaciones para el labio y paladar hendido. Dentro de las principales se encuentra la clasificación de Kernahan (Imagen 2) y la clasificación de Veau (Cuadro 1).

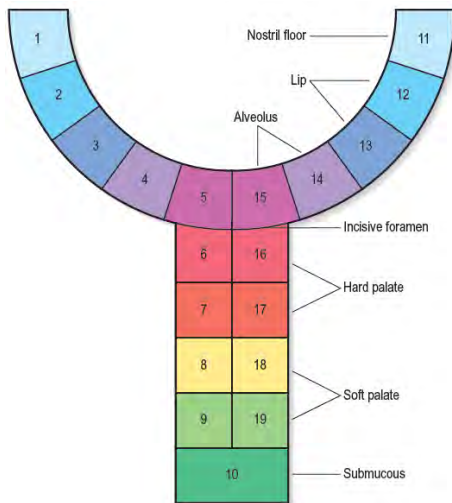


Imagen 2. Clasificación de Kernahan.

**Cuadro 1. CLASIFICACIÓN DE VEAU**

CLASE	AFECCIÓN
<b>Clase I</b>	Hendidura incompleta (paladar blando)
<b>Clase II</b>	Hendidura completa de paladar 2rio (paladar blando y duro)
<b>Clase III</b>	Hendidura completa unilateral (paladar 1rio y 2rio)
<b>Clase IV</b>	Hendidura completa bilateral

El diagnóstico de un paciente con labio y paladar hendido se debe realizar desde la asesoría prenatal mediante los ultrasonidos estructurales realizados durante el control prenatal. Posteriormente al momento del nacimiento se debe evaluar la afección y el grado de la misma para establecer el abordaje y tratamiento más

adecuado, así como solicitar asesoría genética. El labio y paladar hendido amerita una serie de tratamientos multidisciplinarios para conseguir la mejor evolución y el mejor manejo de los pacientes. Desde el momento del nacimiento se debe solicitar manejo de ortodoncia para la colocación de las placas de ortodoncia necesarias para iniciar la ortopedia y conseguir la mejor evolución posible de los pacientes.

Esta patología requiere una reparación quirúrgica llamada queiloplastía. Se han desarrollado múltiples técnicas quirúrgicas para su realización. Sin embargo existen puntos básicos y ciertas metas que se buscan conseguir.<sup>7</sup> Entre ellas están:

- 1.- Realizar una adecuada aproximación del musculo orbicular
- 2.- Adecuado cierre cutáneo buscando una cicatriz lo menos visible
- 3.- Preservar el arco de cupido
- 4.- Conseguir un adecuado volumen y proyección del labio rojo principalmente en su porción inferoanterior
- 5.- Conseguir un cierre del piso nasal
- 6.- Realizar un cierre sin tensión y sin realizar disecciones laterales de los colgajos hacia la región facial
- 7.- Estandarizar un procedimiento quirúrgico.

Para la reparación quirúrgica de estos defectos y para disminuir los riesgos anestésicos se emplea la regla de los 10 de Musgrave<sup>9</sup>:

- 10 mg/dl de hemoglobina
- 10 libras de peso
- <10,000 leucocitos
- 10 semanas de vida

A lo largo de la historia se han descrito múltiples procedimientos quirúrgico y modificaciones a dichas técnicas entre las que se encuentran la queiloplastía de Le Mesurier, Tennison-Randall, Millard, Skoog y Kernahan-Bauer. Todas ellas con la finalidad de buscar una simetría y restaurar la función del musculo orbicular de los labios.<sup>9</sup> (Imagen 3).

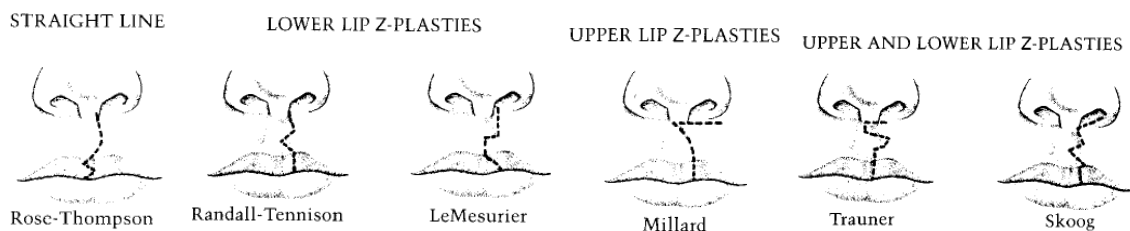


Imagen 3.

La corrección nasal primaria durante la queiloplastía favorece una nariz más simétrica y una mejor apariencia durante la infancia y juventud, favoreciendo de esta manera una mejor integración social. Cuando llegan a requerir una rinoplastia final posterior al término de crecimiento nasal, la deformidad nasal será menos severa para ese entonces.<sup>8</sup>



Dentro el tratamiento complementario para el labio y paladar hendido se encuentra la ortodoncia prequirúrgica. Diversos autores mencionan que el tratamiento ortopédico prequirúrgico favorece más a la correcta cicatrización del tejido y la buena alineación de los segmentos alveolares, disminuyendo la tensión, mejorando la estética en labio, nariz y paladar; facilita la queiloplastía y simplifica el tratamiento ortopédico a largo plazo.<sup>6</sup>

El tratamiento integral tradicional para los pacientes con Labio y paladar hendido tanto unilateral como bilateral, se ha establecido según la edad que tenga el paciente (Tabla 1).

EDAD	TRATAMIENTO
<b>Prenatal</b>	Imagen prenatal, diagnóstico y abordaje
<b>Recién nacido</b>	Asesoría genética y de alimentación
<b>0-3 meses</b>	Ortodoncia prequirúrgica
<b>3 meses</b>	Queilo o nasoqueiloplastía
<b>12 meses</b>	Palatoplastía
<b>3-4 años</b>	Foniatría. Valorar veloplastía en caso de insuficiencia velofaríngea
<b>4-7 años</b>	Correcciones de labio y/o paladar
<b>7-9 años</b>	Injerto óseo alveolar
<b>Pubertad (15-18 años)</b>	Rinoplastia
<b>&gt;18 años</b>	Cirugía ortognática

Tabla 1.

Una vez elegido el tratamiento y la técnica quirúrgica a realizar se debe realizar el marcaje y mediciones de las estructuras anatómicas, principalmente la del labio incluyendo sus estructuras principales que son: el filtrum, la columnela, el arco de cupido, el bermellón, el rollo blanco y el labio rojo, esto con la finalidad de establecer las estructuras a reconstruir y restablecer tanto la función como la estética del labio (Imagen 4-6).

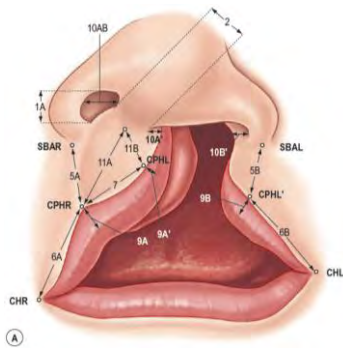


Imagen 4. Estructuras principales

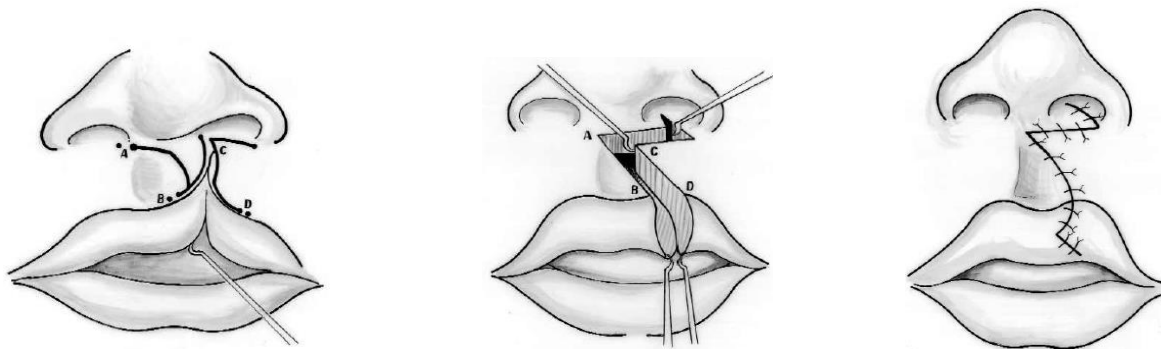


Imagen 5. Queiloplastía tipo Millard

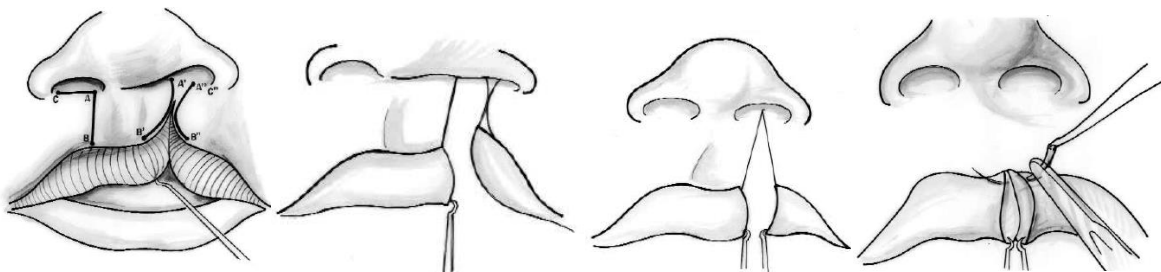


Imagen 6. Queiloplastía vertical

## JUSTIFICACIÓN

La patología de labio y paladar hendido representa un reto para la cirugía reconstructiva y constituye un padecimiento de suma importancia en nuestro país, además de representar una de las patologías congénitas más comunes. Muchas técnicas quirúrgicas se han implementado para el tratamiento de labio y paladar hendido. Las principales metas del tratamiento son la restauración del aspecto facial y de la función del musculo orbicular. El propósito de este estudio es el comparar dos técnicas quirúrgicas utilizadas para la reparación del labio hendido unilateral completo y analizar sus ventajas y desventajas. Dichas técnicas han demostrado tener adecuados resultados tanto estéticos como funcionales (Anexo 1).

## **HIPÓTESIS**

La queiloplastía vertical para la reparación de LPH unilateral completo, ofrece un adecuado resultado cicatrizal en filtrum.

## **HIPOTESIS NULA**

La queiloplastía vertical para la reparación de LPH unilateral completo, no ofrece un adecuado resultado cicatrizal en filtrum.

## **OBJETIVO GENERAL**

Comparar los resultados entre la técnica quirúrgica de queiloplastía vertical y queiloplastía tipo Millard, empleadas para la reparación de LPH unilateral completo y analizar sus ventajas y desventajas.

## **OBJETIVO PRINCIPAL**

Comparar el resultado cicatrizal del filtrum posterior a realizar la queiloplastía vertical y la queiloplastía tipo Millard.

## **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

Evaluar los resultados del rollo blanco, labio rojo y la nariz posterior a realizar una queiloplastía tanto vertical como tipo Millard.

## TIPO DE ESTUDIO

- Estudio Observacional

## DISEÑO

- Ambilectivo

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Inicialmente se realizó un análisis univariado para determinar la distribución de las variables, se utilizaron medidas de resumen y dispersión de acuerdo a la distribución de las mismas. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para comparación entre variables dependiente e independiente y se consideró estadísticamente significativos valores de  $p < 0.05$

## DEFINICIÓN DE UNIVERSO

Todo paciente derecho habiente que acudió al servicio a partir de los 3 meses con LPH unilateral completo y que recibió ortodoncia prequirúrgica. Dichos pacientes fueron evaluados, tratados y en seguimiento por el mismo cirujano.

## CRITERIOS

### INCLUSIÓN

Paciente mayor de 3 meses candidato a queiloplastía

Ortodoncia prequirúrgica

LPH unilateral completo

Mismo médico tratante

### EXCLUSION

LPH incompleto

Paciente sin seguimiento

LPH bilateral

Paciente sin ortodoncia prequirúrgica.

Pacientes que no desearon entrar al protocolo

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Pacientes derechohabientes del hospital central sur, mayores de 3 meses con diagnóstico de LPH unilateral completo

## TAMAÑO DE MUESTRA

$$N \geq \frac{Z^2 Pq}{e^2} = 10$$

## DEFINICIÓN DE LA VARIABLE

### VARIABLES INDEPENDIENTES

Queiloplastía vertical, Queiloplastía tipo Millard.

#### QUEILOPLASTIA

Técnica quirúrgica empleada para realizar el cierre de labio hendido en pacientes con LPH, la cual debe incluir la miorrafia del musculo orbicular y posteriormente el cierre de la piel y mucosa labial.

#### QUEILOPLASTIA VERTICAL

Técnica quirúrgica empleada para realizar el cierre de labio hendido en pacientes con LPH, la cual consiste en realiza una miorrafia de musculo orbicular y posteriormente cierre vertical de la piel y mucosa, tratado de dar apariencia a la columna del filtrum que no se formó en el labio hendido.

Variable independiente

Variable cualitativa

## QUEILOPLASTIA TIPO MILLARD

Técnica quirúrgica empleada para realizar el cierre de labio hendido en pacientes con LPH, la cual consiste en realizar una miorrafia de musculo orbicular y posteriormente realizar un cierre de piel mediante rotación y avance de colgajos.

Variable independiente

Variante cualitativa

## **VARIABLES DEPENDIENTES**

Labio rojo (bermellón), Labio blanco, cicatriz, nariz.

### LABIO ROJO

Porción mucosa del labio, la cual se encuentra dividida en dos, labio seco (queratinizado) y labio húmedo (no queratinizado)

Variable dependiente

Variable cualitativa, politómica, nominal.

### LABIO O ROLLO BLANCO

Prominencia ubicada entre la mucosa del labio y la piel del labio.

Variable dependiente

Variable cualitativa, politómica, nominal.



## CICATRIZ

Secuelas de la queiloplastía ubicada en el filtrum

Variable dependiente

Variable cualitativa, politómica, nominal.

## NARIZ

Unidad estética facial compuesta por piel, estructura cartilaginosa (septum cartilaginoso nasal, cartílagos alares laterales inferiores, cartílagos laterales superiores) y estructura ósea (huesos propios de la nariz, septum óseo nasal).

Variable dependiente

Variable cualitativa, politómica, nominal.

Se evaluarán los datos recabados de los resultados mediante escalas predeterminadas. (Anexo 2)

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron todos los pacientes con diagnóstico de labio y paladar hendido unilateral completo enviados a la consulta externa de nuestro servicio y se realizó la reparación quirúrgica por parte del mismo cirujano determinando los dos principales procedimientos a realizar.

- 1.- Queiloplastía vertical
- 2.- Queiloplastía tipo Millard

Se definió la técnica a elegir mediante aleatorización secuencial decidiendo la técnica conforme la numeración antes establecida (El primer paciente se realizó la técnica vertical, el segundo paciente la técnica tipo Millard, el tercer paciente nuevamente la técnica vertical y así sucesivamente). Se dió a firmar el consentimiento informado a los familiares del paciente tanto para autorizar el procedimiento como la toma de registro fotográfico. Se realizó la primer toma fotográfica prequirúrgica. Se programó fecha de procedimiento quirúrgico y se continuó con la evaluación fotográfica posquirúrgica al término del procedimiento.

### EVALUACIÓN POSQUIRÚRGICA

La evaluación posquirúrgica se realizó mediante control fotográfico teniendo la siguiente secuencia y siendo analizado por personal capacitado y relacionado a la especialidad (Medico certificado en Cirugía Plástica y Reconstructiva):

- 1.- Fotografía posquirúrgica.

- 3.- Fotografía a los 3 meses posquirúrgicos.
- 4.- Fotografía a los 6 meses posquirúrgicos.
- 5.- Fotografía a los 12 meses posquirúrgicos.

Una vez realizado la evaluación fotográfica se recolectaron los datos en la hoja de evaluación para su posterior análisis.

## **BASE DE DATOS**

Se evaluó el resultado posquirúrgico mediante escalas predeterminadas y se recabaron los datos de cada paciente evaluando cada variable y anotando los resultados en una tabla de recolección de datos. (Anexo 3)

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El procedimiento de queiloplastía en pacientes con labio y paladar hendido es prioritario y fundamental en estos pacientes. El procedimiento La técnica quirúrgica es variable a consideración del cirujano. La realización de los procedimientos es autorizado por los papas del paciente firmando consentimientos informados donde se explica los riesgos y beneficios de esta cirugía y en donde se autoriza la técnica a quirúrgica a realizar explicando y dando a entender explícitamente que ambas técnicas son utilizadas a nivel mundial y cada una con adecuados resultados. La participación es totalmente voluntaria.

Se informó ampliamente al paciente sobre el protocolo de investigación y se aclararan todas sus dudas.

Todo paciente tuvo valoración preanestésica previo a su cirugía.

En todo momento se cuidó la identidad e integridad de los pacientes sometidos al protocolo de estudio. No se usaron nombres ni datos personales. Se identificara a las pacientes mediante edad, sexo y de requerirse solo se usará el número de ficha de derechohabiente.

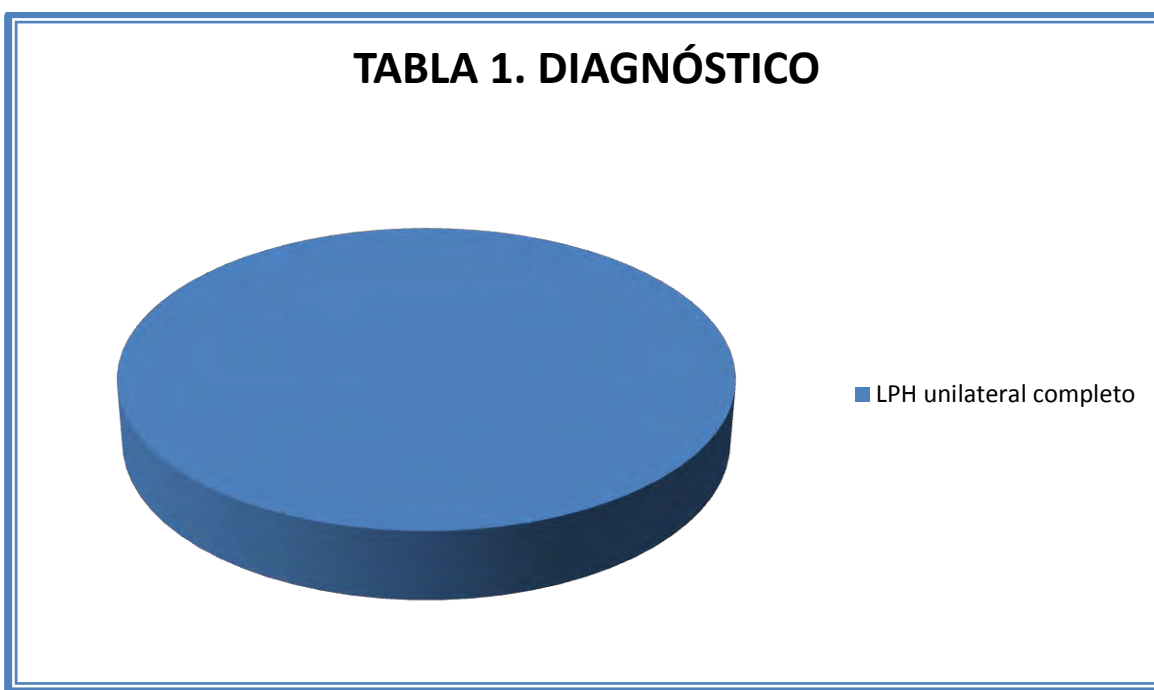
La hoja de recolección de datos es manejada de forma confidencial y resguardadas de forma que sólo el investigador principal y su autor tengan acceso a ellas.

Todos los datos obtenidos de la investigación se plasmó en el reporte final con absoluta veracidad.

La base de datos se resguardó por el tutor de tesis para continuar protocolo de estudio a largo plazo.

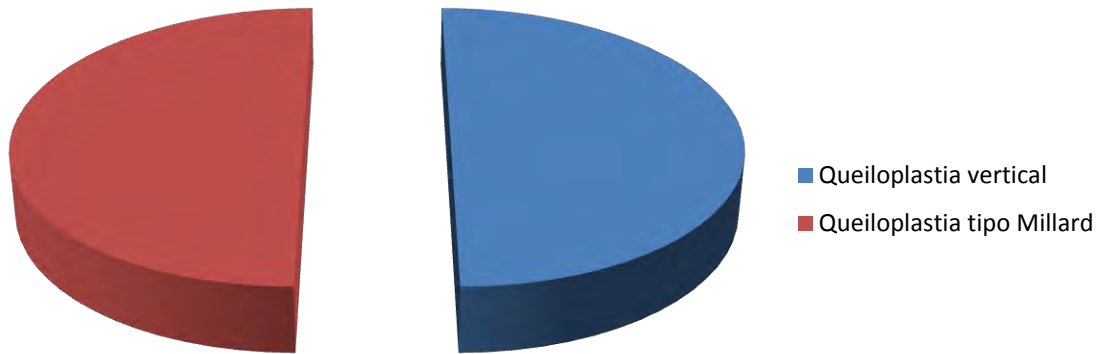
## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 10 pacientes divididos en 2 grupos. Todos los pacientes contaban con el diagnóstico de LPH (Labio y paladar hendido) unilateral completo (Tabla 1).



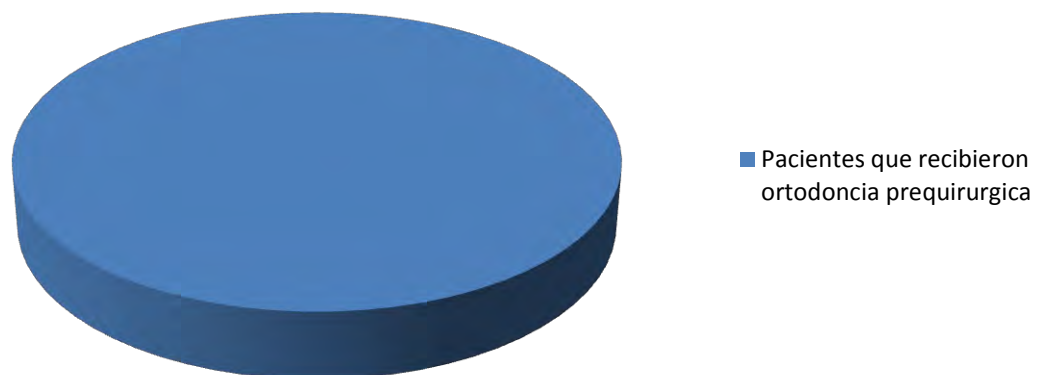
A 5 pacientes se les realizó la queiloplastía vertical y a 5 pacientes se les realizó la queiloplastía tipo Millard (tabla 2).

**TABLA2. PROCEDIMIENTO REALIZADO**



A todos los pacientes se les realizó ortodoncia prequirúrgica y todos fueron operados después de los 3 meses de edad (tabla 3).

**TABLA3. ORTODONCIA PREQUIRURGICA**



Dentro de las edades en las que se realizó el procedimiento, todos los pacientes fueron operados después de los 3 meses. 3 pacientes fueron operados a los 3 meses, 4 pacientes a los 4 meses, 2 pacientes a los 5 meses y 1 paciente a los 6 meses de edad (tabla 4).



Se llevó a cabo el registro fotográfico de todos los pacientes como se había contemplado: fotografía prequirúrgica, posquirúrgica, a los 3 meses, a los 6 meses y a los 12 meses. Una vez teniendo el registro fotográfico se hizo el llenado de la hoja de base de datos y se anotaron los resultados evaluados por parte del personal capacitado en el área de cirugía reconstructiva plasmándolo en la tabla de resultados. Se otorgaron como respuesta la calificación de resultado bueno, regular o malo (tabla 5).

TABLA 5. RESULTADOS								
PACIENTE	EDAD	ORTODONCIA	DIAGNOSTICO	TÉCNICA QUIRÚRGICA	LABIO ROJO	LABIO O ROLLO BLANCO	CICATRIZ	NARIZ
1	3 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO IZQUIERDO	QUEILOPLASTIA VERTICAL	BUENO	BUENO	BUENO	REGULAR
2	3 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO IZQUIERDO	QUEILOPLASTIA TIPO MILLARD	BUENO	BUENO	BUENO	REGULAR
3	4 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO DERECHO	QUEILOPLASTIA VERTICAL	BUENO	REGULAR	BUENO	REGULAR
4	6 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO IZQUIERDO	QUEILOPLASTIA TIPO MILLARD	REGULAR	BUENO	BUENO	REGULAR
5	3 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO DERECHO	QUEILOPLASTIA VERTICAL	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
6	4 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO IZQUIERDO	QUEILOPLASTIA TIPO MILLARD	BUENO	REGULAR	BUENO	REGULAR
7	4 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO IZQUIERDO	QUEILOPLASTIA VERTICAL	REGULAR	BUENO	BUENO	REGULAR
8	5 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO DERECHO	QUEILOPLASTIA TIPO MILLARD	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO
9	4 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO IZQUIERDO	QUEILOPLASTIA VERTICAL	BUENO	REGULAR	BUENO	REGULAR
10	5 meses	si	LPH UNILATERAL COMPLETO IZQUIERDO	QUEILOPLASTIA TIPO MILLARD	BUENO	REGULAR	BUENO	REGULAR

Una vez completada la tabla de recolección de datos, se realizó el análisis estadístico mediante prueba exacta de Fisher sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de ambas cirugías teniendo un valor de  $p > 0.05$ .



## DISCUSIÓN

La patología del labio y paladar hendido sigue siendo una enfermedad que afecta a la población mexicana y sigue siendo un reto para el área de la cirugía reconstructiva ya que se juntan muchos factores para tener su mejor y adecuado abordaje y tratamiento. El objetivo principal del estudio fue comparar el resultado y calidad de la cicatriz a nivel del filtrum principalmente, posterior a haber realizado la queiloplastía vertical y la queiloplastía tipo Millard. De la misma forma como objetivos secundarios se buscó comparar el resultado a nivel de rollo blanco, labio rojo y nariz. Dichas estructuras son de suma importancia para reconstruir en pacientes con labio y paladar hendido ya que tienen implicaciones tanto estéticas como funcionales.

Dentro del estudio realizado se incluyeron pacientes con labio y paladar hendido, unilateral, completo, dentro del tiempo ideal para realizar el procedimiento de reconstrucción y los cuales recibieron un tratamiento de ortodoncia previo a los procedimientos.

El 100% de los pacientes son portadores de labio y paladar hendido unilateral, completo. Así mismo el 100% recibieron ortodoncia prequirúrgica. Se puede apreciar un predominio del Labio y paladar hendido unilateral completo izquierdo sobre el derecho (7 pacientes con afección izquierda y 3 pacientes con afección derecha).

Al 50% de los pacientes (5 pacientes) se les realizó una queiloplastía tipo Millard y al otro 50% (5 pacientes) se les realizó una queiloplastía vertical. Las edades de

los pacientes a las que se realizó el procedimiento fueron un 30% a los 3 meses, un 40% a los 4 meses, un 20% a los 5 meses y un 10% a los 6 meses de edad.

Dentro del análisis estadístico se puede apreciar como los resultados de una técnica contra otra no muestra variaciones significativas ( $p > 0.05$ ), lo cual nos demuestra que se logran resultados óptimos con ambas técnicas sin ser una superior a la otra. A pesar de esto se busca dar seguimiento a los pacientes dentro de los próximos años para analizar su evolución posquirúrgica.

## CONCLUSIONES

Hasta el momento los resultados nos han demostrado que no existe una variación significativa en el resultado posquirúrgico. Se puede valorar como la técnica vertical ofrece resultados similares a los obtenidos mediante la queiloplastía tipo Millard haciendo de esta técnica, una técnica segura, confiable y reproducible para tratar la patología del labio y paladar hendido unilateral completo. Así mismo se espera recolectar nuevos datos de los mismo pacientes dentro de los próximos años para valorar su evolución posterior y el resultado a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Merrit L. Part 1. Understanding the embriology and genetics of cleft lip and palate. *Advances in Neonatal Care*, Vol 5, No 2 (April), 2005: pp 64–71.
2. Mena OJ. Nuevo método para cirugía del labio hendido. *Cir Plast* 2006;16(3):146-152.
3. Stal S, Brown R, Mulliken J, et al. Fifty years of the Millard Rotation-Advancement: Looking back and moving forward. *Plast. Reconstr. Surg.* 123: 1364, 2009.
4. León PJA, Sesman BAL, Fernández SG. Técnica de cierre vertical en labio hendido. Reporte de 837 casos y revisión de la literatura. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* Vol. 34 - Nº 3 de 2008.
5. Zaleckas L, Linkevicienė L, Olekas J, et al. The Comparison of Different Surgical Techniques Used for Repair of Complete Unilateral Cleft Lip. *Medicina (Kaunas)* 2011;47(2):85-90.
6. Pérez GA, Pérez DM, et al. Tratamiento ortodóncico y quirúrgico en pacientes con fisura de paladar primario bilateral con premaxila prominente. *Cir Plast* 2007;17(2):113-120.
7. Tennison Ch. The repair of the unilateral cleft lip by the stencil method. Annual Meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgery, Colorado, 1951.
8. Byrd S, Salomon J. Primary Correction of the Unilateral Cleft Nasal Deformity. *Plast. Reconstr. Surg.* 106: 1276, 2000.

9. Fisher D, Sommerland B. Cleft Lip, Cleft palate and Velopharyngeal insufficiency. *Plast. Reconstr. Surg.* 128: 342e, 2011.
10. Sitzman T, Giroto J, Marcus J. Current surgical practices in cleft care: Unilateral Cleft lip repair. *Plast. Reconstr. Surg.* 121: 261e, 2008.
11. Muñoz PA, Castro LL. Ortopedia tridimensional y manejo preoperatorio de tejidos blandos en labio y paladar hendidos. *Cir Plast* 2006;16(1):6-12.
12. Monson L, Kirschner R, Losee J. Primary Repair of Cleft Lip and Nasal Deformity. *Plast. Reconstr. Surg.* 132: 1040e, 2013.
13. Velázquez VJM, et al. Tratamiento actual de la fisura labial. *Cir Plast* 2006;16(1):34-42
14. Fisher D. Unilateral Cleft Lip Repair: An Anatomical Subunit Approximation Technique. *Plast. Reconstr. Surg.* 116: 61, 2005
15. Salyer K, Genecov E, Genecov D. Unilateral Cleft Lip-Nose Repair: A 33-Year Experience. *The journal of craniofacial surgery.* Vol 14, num 4 July 2003
16. Chang Ch, Liao Y, Glenn Ch, et al. Long-Term Comparison of the results of four techniques used for bilateral cleft nose repair: A single Surgeon's experience. *Plast. Reconstr. Surg.* 134: 926e, 2014.
17. Stuppia L, Capogreco M, Teté S. Genetics of syndromic and nonsyndromic cleft lip and palate. *J Craniofac Surg* 2011;22: 1722-1726



### ANEXO 3. BASE DE DATOS

PACIENTE	EDAD	ORTODONCIA	DIAGNOSTICO	TÉCNICA QUIRÚRGICA	LABIO ROJO	LABIO O ROLLO BLANCO	CICATRIZ	NARIZ
1					”			
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

## ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUEILOPLASTIA

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por el servicio de cirugía general del Hospital Central Sur de alta especialidad de Petróleos Mexicanos, según las bases del consejo mexicano de cirugía plástica estética y reconstructiva, para ayudarle a informarle sobre el procedimiento antes mencionado, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como se establece en la ley general de salud bajo la nom-004-ssa3-2012, del expediente clínico numerales 4.2 y 10.1 que dice textualmente: “carta de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios”

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

Nombre del paciente: \_ \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ años de edad y número de ficha \_ \_\_\_\_\_ Nombre del  
representante legal, familiar o allegado:  
\_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años de edad. Con  
domicilio en: \_\_\_\_\_ Teléfono  
y N° de Ficha: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION GENERAL**

El procedimiento denominado QUEILOPLASTIA consiste en realizar el cierre del defecto sobre el labio hendido incluyendo defectos parciales y/o totales del mismo (paladar hendido completo, paladar hendido incompleto, fistulas palatinas, paladar hendido submucoso).

Para dicho fin es necesario el uso de anestesia general más anestesia local con lidocaína con epinefrina. Lo cual representa por si solo riesgos asociados tales como anafilaxia, arritmia, necrosis cutánea y lesión vasculo nerviosa derivada de la manipulación de la aguja.

El cierre es precedido de un aseo el cual se realiza con sustancias antisépticas tales como, jabón, yodopovidona, clorhexidina, soluciones de hipoclorito de sodio etc. las cuales pueden provocar reacción alérgica en el paciente.

Se utilizarán alguno de los siguientes materiales para el cierre de la herida: Suturas absorbibles, no absorbibles, adhesivos tisulares y hemostáticos en gel para el lecho quirúrgico.

Por último los riesgos más frecuentes que conlleva dicho cierre serán enumerados más adelante, sin embargo no eliminan el riesgo de otras complicaciones no mencionadas en este documento.

Se realizará a su familiar un procedimiento quirúrgico estandarizado ya sea mediante la técnica de queiloplastía vertical o mediante queiloplastía tipo Millard.

Se definirá la técnica a elegir mediante aleatorización secuencial decidiendo la técnica conforme la siguiente numeración: 1.- Queiloplastía vertical, 2.- Queiloplastía tipo Millard. (El primer paciente se realizará la técnica vertical, el



segundo paciente la técnica tipo Millard, el tercer paciente nuevamente la técnica vertical y así sucesivamente). Se realizara una secuencia fotográfica tomando la primer toma fotográfica en consulta prequirúrgica, posteriormente se toma la posquirúrgica inmediata, posquirúrgica a los 3, 6 y 12 meses. Cabe aclarar que ambas técnicas han demostrado tener adecuados resultados posquirúrgicos tanto estéticos como funcionales y que cualquiera de las técnicas que se decida realizar tienen tanto buenos resultados como el mismo riesgo de complicaciones.

La queiloplastía vertical es una técnica quirúrgica empleada para realizar el cierre de labio hendido en pacientes con LPH, la cual consiste en realiza una miorrafia de musculo orbicular y posteriormente cierre vertical de la piel y mucosa, tratado de dar apariencia a la columna del filtrum que no se formó en el labio hendido.

La queiloplastía tipo Millard es una técnica quirúrgica empleada para realizar el cierre de labio hendido en pacientes con LPH, la cual consiste en realizar una miorrafia de musculo orbicular y posteriormente realizar un cierre de piel mediante rotación y avance de colgajos.

#### **FINALIDAD**

Restaurar la continuidad del defecto sobre la línea media del paladar hendido.

#### **BENEFICIO.**

Cierre de la continuidad entre la cavidad oral y nasal, con consiguiente mejoría de la fonación, mejorar la alimentación, disminuir el riesgo de broncoaspiración, mejorar el crecimiento normal y anatómico de la maxila, premaxila y arcada dentaria.

#### **TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

Ortopedia maxilar (tratamiento conjunto)

## **RIESGOS**

- Infección:
- Dehiscencia
- Sangrado
- Hematoma
- Depresión Respiratoria
- Obstrucción de la vía aérea
- Vómitos
- Necrosis del paladar parcial y/o total.
- Fistula palatina residual
- Disfunción velofaríngea.
- Cicatriz hipertrófica.
- Anafilaxia
- Riesgos propios de la anestesia.
- Necesidad de reintervención
- Necesidad de procedimientos avanzados de reconstrucción tales como injertos, colgajos o el uso de materiales y dispositivos que promuevan una adecuada cubierta del defecto.

## **CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA**

Los documentos de consentimiento informado se amplían para comunicar la información acerca del proceso quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. No debe considerarse que los documentos de consentimiento

informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Este será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

**ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO.**

1.- Por la presente autorizo al equipo del servicio de Cirugía plástica y reconstructiva del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, para realizar una Queiloplastía.

2.- He leído, comprendido y firmado las páginas de este documento.

3.- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes médico quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

4.- Soy consciente que durante el curso de la operación y el tratamiento médico y anestesia pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo a los cirujanos citados y equipo quirúrgico a realizar otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

5.- Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos, hemoderivados que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces la muerte.

6.- Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

7.- Con fines de avance en la educación médica doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano y puede ser filmada con fines científicos o didácticos

8.- Me ha sido explicado de forma comprensible:

- a) El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
- b) Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
- c) Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

9.- Se me ha explicado, acepto y estoy de acuerdo en la manera en que se seleccionara la técnica quirúrgica a realizar en mi familiar, comprendiendo que cualquier técnica a emplear tendrá un resultado favorable a la enfermedad de mi familiar.

10.-También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

11.- Se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecha/o con la explicación.

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

#### AUTORIZO

Al Doctor/a: ...DR RODRIGO DAVILA DÍAZ.. a realizarme el tratamiento quirúrgico de **“QUEILOPLASTIA”**

En México, D. F., a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 201\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

\_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO REVOCADO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ años de edad y número de ficha \_\_\_\_\_ Nombre del

representante legal, familiar o allegado: \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_ años de edad. Con domicilio

en: \_\_\_\_\_ y N° de Ficha: \_\_\_\_

En calidad de: \_\_\_\_\_

Revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y no

deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado, eximiendo

de toda responsabilidad médico-legal al médico tratante y a la Institución.

En México, D.F., a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE INFORMACIÓN Y FOTOGRAFÍAS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE INFORMACIÓN Y FOTOGRAFÍAS

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por el servicio de cirugía general del Hospital Central Sur de alta especialidad de Petróleos Mexicanos, según las bases del consejo mexicano de cirugía plástica estética y reconstructiva, para informarle sobre el uso de las fotografías que se tomaran a su paciente y el uso interno de la información recabada durante el interrogatorio y los procedimientos quirúrgicos.

Los archivos fotográficos y de video son utilizados de manera interna como información para el expediente electrónico de cada paciente, así mismo, puede ser empleada para realizar análisis estadísticos y publicaciones médicas en revistas científicas, esto con la finalidad de favorecer la educación médica continua de nuestro país e impulsar el desarrollo de la medicina sin afectar la integridad física ni moral de los pacientes, inclusive favoreciendo su tratamiento médico recibiendo el apoyo y consejo de otros cirujanos.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y número de ficha \_\_\_\_\_ Nombre del representante legal, familiar o allegado: \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ años de edad.  
Con domicilio en: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ y N° de Ficha: \_\_\_\_\_

**ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO.**

1.- Por la presente autorizo al equipo del servicio de Cirugía plástica y reconstructiva del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, para realizar una Queiloplastía.

2.- He leído, comprendido y firmado las páginas de este documento.

3.- Por la presente autorizo la toma de fotografías y/o video para uso interno del servicio con la finalidad de analizar la evolución de mi paciente y con ello ayudar a otros médicos para analizar el caso y favorecer la educación médica mediante la experiencia personal.

4.- Autorizo el uso de información y de material fotográfico y de video para realizar el desarrollo de tesis, estudios analíticos y ser publicados en revistas científicas con la finalidad de favorecer el análisis de los casos de cada paciente y apoyar tanto el manejo de mi paciente como impulsar el desarrollo de la medicina en México.

5.- Comprendo que la información de identidad de mi paciente y mi familia será manejada de manera confidencial y empleada únicamente por mi médico tratante y sus asistentes.

6.- Comprendo que la integridad tanto física como moral de mi paciente no será afectada de ninguna manera.

7.- En el momento en el que yo decida la información que sea proporcionada tanto personal como del material fotográfico podrá dejarse de utilizar.



AUTORIZO

Al Doctor/a: ...DR RODRIGO DAVILA DÍAZ.. a realizar toma de material  
fotográfico y utilizar la información sobre la cirugía de “**QUEILOPLASTIA**”

En México, D. F., a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 201\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO REVOCADO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad y  
número de ficha \_\_\_\_\_ Nombre del representante legal, familiar o  
allegado: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad. Con  
domicilio en \_\_\_\_\_ y N° de Ficha \_\_\_\_\_

En calidad de: \_\_\_\_\_ Revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y no deseo proseguir con la autorización del uso de  
información y de material fotográfico de mi paciente, que doy con esta fecha por  
finalizado, eximiendo de toda responsabilidad médico-legal al médico tratante y a  
la Institución.

En México, D.F., a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

## ANEXO 6. AVISO DE PRIVACIDAD

### AVISO DE PRIVACIDAD

El Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Central Sur de PEMEX, con domicilio en Anillo Periférico (Blvd. Adolfo Ruiz Cortines) 4091, Fuentes del Pedregal, Tlalpan, 14140 Ciudad de México, Distrito Federal, es responsable de recabar sus datos personal y material fotográfico, del uso que se le dé a los mismos y de su protección. Su información personal será utilizada para promover el avance científico de nuestro país y evaluar los procedimientos que se realizan a todos los pacientes dentro de nuestra institución. Para las finalidades antes mencionadas, requerimos obtener los siguientes datos personales: nombre, edad, ficha de servicio médico y series fotográficas pre y postquirúrgicas, considerado como sensible según la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de ponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado. Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, se puede poner en contacto con nuestro

departamento de datos personales en el servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva ubicado en el 3er piso del Hospital Central Sur de Alta Especialidad con número de teléfono 56451684 extensión 51153 o 51193 y correo electrónico [plasticapemex@gmail.com](mailto:plasticapemex@gmail.com). Asimismo, le informamos que sus datos serán recabados y controlados únicamente por su médico tratante y asistentes. En ese sentido, su información puede ser compartida únicamente al ser publicada en tesis o estudios científicos sin afectar la identidad ni la integridad de los pacientes. Si usted no manifiesta su oposición para que sus datos personales sean transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.

No consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala el presente aviso de privacidad.

En México, D. F., a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 201\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_