

1. ¿Qué es? Es una cirugía que se realiza para corregir la posición de los huesos maxilares y no los dientes individualmente con la consiguiente mejora del aspecto estético y/o funcional a la hora de masticar y hablar. Las deformidades dentofaciales requieren un tratamiento multidisciplinario que debe ser dirigido de forma coordinada por un ortodoncista y un cirujano oral y maxilofacial.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante osteotomías (cortes) en los huesos de la cara y su posterior recolocación en la posición adecuada, y frecuentemente fijación con osteosíntesis. Adicionalmente, otros tratamientos dentales como restauraciones, periodoncia (tratamiento de las encías), y endodoncia pueden ser necesario postoperatoriamente. En la mayoría de los casos, el procedimiento precisa anestesia general, con el riesgo inherente a la misma, que será informado por su anestesista y puede ser necesario el uso de transfusiones. Pueden ser necesarios una serie de tratamientos postoperatorios, tales como: fisioterapia, colocación de una férula entre los dientes, reconstrucciones dentarias, cirugía adicional.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? A pesar de los posibles beneficios de la cirugía, no está exenta de complicaciones, entre las que se incluyen las estadísticamente más frecuentes:

▪ **Riesgos frecuentes:**

- Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otros medicamentos.
- Hematoma y edema postoperatorio.
- Hemorragia intra o postoperatoria. Daños o lesiones vasculares
- Infección postoperatoria, e incluso osteomielitis.
- Dolor postoperatorio.
- Hipoestesia o anestesia de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar. Parcial o total, temporal o permanente.
- Parálisis total o parcial del nervio facial, transitoria o permanente.
- Los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento e incluso la extracción.
- Mala unión de los fragmentos óseos. Fracturas óseas no planificadas que puedan requerir tratamiento
- Sinusitis, comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Deformidad del tabique nasal o de la nariz.
- Intolerancia al material de osteosíntesis

▪ **Riesgos infrecuentes:**

- Daños indirectos del nervio óptico
- Necesidad de reintervención temprana por resultados insatisfactorios
- Recidiva (recaída) total o parcial de la deformidad.
- No cumplimiento de las expectativas estéticas y/o cambios emocionales reactivos a los cambios faciales.
- En caso de incisiones extraorales se pueden producir cicatrices inestéticas.
- Alteraciones en la articulación temporomandibular.

4. Consecuencias previsibles de su realización: el objetivo de esta intervención es conseguir una mejoría funcional y estética del paciente. Para la realización de este tratamiento es imprescindible la colaboración del paciente tanto durante la intervención como en el postoperatorio, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no se podrá llegar a la corrección o mejoría estética ni dentofacial.

6. Alternativas: solo el tratamiento ortodóncico, en los casos diagnosticados de quirúrgicos, no es suficiente para alcanzar los objetivos o beneficios antes mencionados, aunque es parte integrante de la pre y postintervención.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la

coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCAIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales