

# Cirugía ortognática y de las deformidad dentofaciales

## 1. Identificación y descripción del procedimiento

Se realizarán unas osteotomías (cortes), en los huesos maxilares (maxilar superior o mandíbula) y su posterior recolocación en la posición adecuada y fijación con osteosíntesis.

## 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Mejorar las relaciones esqueléticas de clase 2 o 3 de angle y/o las discrepancias verticales o maloclusiones existentes.

Se espera una mejoría o corrección de la posición de los maxilares y del aspecto estético y funcional.

## 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

El solo 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.

## 4. Consecuencias previsibles de su realización

Tras un período de molestias e incapacidad funcional es de esperar la desaparición parcial de la sintomatología que presentaba el paciente y una mejoría estética.

## 5. Consecuencias previsibles de su no realización

En caso de no realizarse la intervención no se podrá llegar a la corrección o mejoría estética ni dentofacial.

## 6. Riesgos frecuentes

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables: dolor postoperatorio, hemorragia intra o postoperatoria, infección local posoperatoria, hematoma y edema postoperatorio, paresia o parálisis temporal o permanente del nervio facial, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento e incluso la extracción, mala unión de los fragmentos óseos o recidiva de la deformidad, sinusitis, comunicación oronasal u orosinusal, deformidad del septo nasal, no cumplimiento de las expectativas estéticas y cambios emocionales reactivos a la estética facial modificada, en caso de incisiones extraorales, se pueden producir cicatrices antiestéticas.

## 7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar o agravar el postoperatorio.

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

**8. Declaración de consentimiento**

D./DÑA: [espacios] , de [espacios] años de edad con domicilio en [espacios] . [espacios] ..y DNI N° [espacios] .....

(Nombre y dos apellidos del paciente)

D./DÑA: [espacios] , de [espacios] años de edad con domicilio en [espacios] . [espacios] ..y DNI N° [espacios] .....

(Nombre y dos apellidos)

en calidad de [espacios] de [espacios] . [espacios] ..

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Declaro:

Que el Doctor/a [espacios] me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de [espacios] ... [espacios] .. y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En [espacios] , a [espacios] de [espacios] de 20[espacios]

**Fdo.: El/la Médico**  
**Nº de Colegiado:** \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Paciente**

**9. Revocación del consentimiento**

D./DÑA: [espacios] , de [espacios] años de edad con domicilio en [espacios] . [espacios] ..y DNI N° [espacios] .....

(Nombre y dos apellidos del paciente)

D./DÑA: [espacios] , de [espacios] años de edad con domicilio en [espacios] . [espacios] ..y DNI N° [espacios] .....

(Nombre y dos apellidos)

en calidad de [espacios] de [espacios] . [espacios] ..

(Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha [espacios] , y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En [espacios] .., a [espacios] de [espacios] de 20[espacios]

**Fdo.: El/la Médico**  
**Nº de Colegiado:** \_\_\_\_\_

**Fdo.: El Paciente**