

# **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ABIERTA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.**

## **Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL**

Este es un documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial para ayudar a su cirujano a informarle sobre los posibles riesgos y beneficios de la CIRUGÍA ABIERTA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

Según la Legislación Española usted tiene el derecho a ser informado acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento, posibles alternativas, y beneficios y riesgos asociados a las mismas. Es importante que lea la siguiente información de forma cuidadosa y completa, y consulte las dudas que pueda tener, antes de firmar el documento.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

La función de una o de las dos Articulaciones Temporomandibulares está limitada o alterada, como consecuencia de una serie de procesos posibles como traumatismos, maloclusión de los dientes, desplazamiento del menisco articular, artrosis, artritis, defecto congénito o tumor, etc.

La cirugía que va a realizarse es un procedimiento exploratorio y el tratamiento definitivo estará basado en los hallazgos encontrados en la misma.

El tratamiento quirúrgico puede ser la reparación o extirpación del menisco, colocación de un injerto o implante (prótesis), o artroplastia (regularización de las superficies óseas).

En la mayoría de los casos el procedimiento precisa anestesia general, con el riesgo inherente a la misma, que serán informados por su anestesista.

## **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, como mejoría del dolor, aumento de la apertura bucal, desaparición de los chasquidos, etc., sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Dolor postoperatorio.
- Hemorragia intra o postoperatoria.
- Infección local postoperatoria.
- Problemas de oído, que incluyen inflamación y/o infección del oído interno, medio o de la membrana del tímpano, resultante en una pérdida parcial o total, transitoria o permanente de la audición o problemas de equilibrio.
- Zumbidos de oído.

- Hematoma, inflamación o infección de la glándula parótida, o estructuras adyacentes.
- Falta de movilidad temporal o permanente del nervio facial, sobre todo de la musculatura de la frente.
- Alteraciones de la sensibilidad de áreas faciales u orales.
- Cicatriz inestética.
- Empeoramiento de la sintomatología, o de la función articular.
- Adherencias, cambios degenerativos o anquilosis de la articulación.
- Maloclusión dental postoperatoria.
- Rotura de instrumentos.

Pueden ser necesarios una serie de tratamientos postoperatorios, tales como: fisioterapia, colocación de una férula entre los dientes, reconstrucciones dentarias, ortodoncia, cirugía ortognática, cirugía adicional reconstructiva de la articulación, incluyendo extirpación del implante y /o remplazamiento, y reconstrucción total de la articulación.

#### **RIESGOS ESPECIFICOS Y OTRAS COMPLICACIONES DE MÍNIMA RELEVANCIA ESTADÍSTICA:** .....

.....  
.....

En la mayoría de los casos, esta cirugía se realiza con anestesia general (con los riesgos inherentes a ella), que serán informados por su anestesista.

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

#### **DECLARACIONES Y FIRMAS**

##### **PACIENTE O TUTOR LEGAL/FAMILIAR**

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración.

**Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.**

D/Da .....DNI. ....

..

En calidad de:     **IPACIENTE**       **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Firmado

En Madrid, a . . . . . de . . . . . de 20 . . .

---

**MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE**

Dr./Dra. RODRIGUEZ CAMPO, FRANCISCO

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

---

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/Da . . . . . DNI. . . . .

. .

En calidad de:    **IPACIENTE**        **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

**FIRMAS**

**EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL  
RESPONSABLE**

**EL MEDICO**

En Madrid, a . . . . . de . . . . . de 20 . . .

---

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN . . . . .  
.....  
.....  
.....

Nombre y firma del testigo. . . . .  
.....

Nombre y firma del Médico responsable. . . . .  
.....

*El apartado "**Declaraciones y Firmas**" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014*

---

La información contenida en este documento es confidencial y está sometida a la LOPD. Los datos serán incorporados y tratados en el fichero "ARCHIVO DE HISTORIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA", cuya finalidad es "el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del paciente", y no podrán ser cedidos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA" y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Diego de León, 62, de Madrid 28006 (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).