

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

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña. ....  
 como paciente o (D/Doña como su representante), .....  
 .....en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que  
 he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr. ....  
 , y en consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado  
 el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado .....

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

La función de una o de las dos Articulaciones Temporomandibulares está limitada o comprometida, y/o el dolor puede ser secundario a un número de procesos posibles que incluyen: traumatismo, maloclusión de los dientes, desplazamiento del disco articular, artrosis, artritis, defecto congénito o tumor.

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 disco, 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.

A pesar de los posibles beneficios de la cirugía, con mejoría del dolor, aumento de la apertura bucal, desaparición de los chasquidos, etc., no está exenta de complicaciones, entre las que podemos incluir y no en forma exhaustiva 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.

Yo entiendo, que no hay garantía dada para la corrección de mis síntomas subjetivos y/o hallazgos físicos objetivos.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del



procedimiento .....  
Además, en entrevista personal con el Dr .....  
he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuantainformación complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique .....

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En .....a .....de.....de .....

Firma del paciente  
(o su representante legal en caso de incapacidad).  
D.N.I.

Firma del médico  
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento  
Firma del testigo (D.N.I.)