

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA (ARTROCENTESIS, ARTROSCOPIA) 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 artrocentesis de la articulación temporomandibular (ATM) consiste en la introducción dentro de la articulación de una cánula o de agujas a través de las cuales se infiltra con suero realizando un lavado del contenido de la misma. Se puede realizar bajo anestesia local o general.

La artroscopia de la articulación temporomandibular (ATM) puede ser un método diagnóstico y terapéutico. Con el se visualiza gran parte de las estructuras intra-articulares, y se pueden realizar una serie de técnicas (fijación del disco, retirada de adherencias, infiltración de sustancias terapéuticas), que en un alto número de casos mejoran la sintomatología que se presenta.

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

En algunas ocasiones es necesario realizar una intervención complementaria, que consiste en "abrir la articulación", para reconstruir la misma. Suele ser necesaria la realización tras la cirugía de ejercicios mandibulares en su domicilio.

A pesar de los posibles beneficios de la artroscopia, 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, que pueda hacer necesaria una "cirugía abierta", para contenerla.
- 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 y vértigos.
- Zumbidos y chasquidos de oído.
- Cicatrices externas.
- 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.
- Empeoramiento de la sintomatología, que requieren repetición de la artroscopia o "cirugía abierta".
- Adherencias, cambios degenerativos o anquilosis de la articulación.
- Rotura de instrumentos, que requieren repetición de la artroscopia o "cirugía abierta".
- Maloclusión dental postoperatoria.

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 cuanta información 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.

Enade.....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.)