

## Consentimiento Informado CIRUGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Objetivos

Con esta cirugía se persigue la resolución o mejoría del dolor y la mejoría de la función de la articulación temporomandibular secundario a un número de procesos posibles que incluyen: traumatismo, mal oclusión, desplazamiento del disco articular, artrosis, artritis, defecto congénito o tumor.

Los beneficios que se esperan alcanzar son: desaparición del dolor, mejoría de la función, aumento de la apertura bucal, desaparición de los chasquidos, etc.

### Características

La cirugía correctiva de la mandíbula implica mover toda o parte de la mandíbula superior y/o inferior a una posición más favorable.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado. En la mayoría de los casos, el procedimiento necesita anestesia general, con el riesgo inherente a la misma.

El tratamiento conservador farmacológico es siempre el primer paso. La artroscopia y la artrocentesis suponen la introducción de un tratamiento alternativo a la disfunción articular, intermedio entre la actitud conservadora y la cirugía abierta.

Tras un periodo de molestias e incapacidad funcional es de esperar la desaparición parcial de la sintomatología que presentaba el paciente.

Es muy probable que dependiendo de la causa o patología de base el paciente se quede con la misma sintomatología o que empeore debido a un agravamiento de la misma o a una degeneración ulterior de la articulación.

### Riesgos

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 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, paresia o parálisis temporal o permanente del nervio facial, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, adherencias cambios degenerativos o anquilosis de la articulación.

Cicatriz inestética, rotura de instrumentos, empeoramiento de la sintomatología o de la función articular. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención.

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

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal