

1. ¿Qué es? Es un tipo de cirugía que se realiza a nivel de la articulación temporomandibular, que es la encargada de permitir el movimiento de la mandíbula, cuando la función de una o de las dos articulaciones temporomandibulares está limitada o comprometida, y/o el dolor puede ser secundario a distintos procesos que incluyen: traumatismo, maloclusión de los dientes, desplazamiento del disco articular, artrosis, artritis, defecto congénito o tumor.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante 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. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado.

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 reemplazamiento, y reconstrucción total de la articulación.

3. ¿Cuáles son sus riesgos

▪ 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.
- Lesión del nervio facial, con falta de movilidad temporal o permanente, sobre todo de la musculatura de la frente.
- Alteraciones de la sensibilidad de áreas faciales u orales.

▪ Infrecuentes: habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención.

- Cicatriz no estética.
- Empeoramiento de la sintomatología, o de la función articular.
- Adherencias, cambios degenerativos o anquilosis de la articulación.
- Maloclusión dental postoperatoria.
- Rotura de instrumentos.

4. Consecuencias previsibles de su realización: desaparición del dolor, mejoría de la función, aumento de la apertura bucal, desaparición de los chasquidos, etc.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: 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.

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

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales