

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA FRACTURA DE MANDÍBULA

## **Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL**

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**

Ha sufrido Ud. un traumatismo que ha resultado en una fractura del hueso mandibular. Esta fractura puede producir dolor, alteraciones estéticas y/o funcionales tales como cambios en la oclusión de los dientes, limitaciones para abrir la boca, asimetrías, así como lesiones, en algunos casos irreversibles, de los dientes, de las arterias y venas cervicales y faciales, nervios motores y sensitivos y órganos sensoriales localizados en la cara y el cuello.

Las heridas cutáneas cervicales y faciales también pueden producir alteraciones estéticas y/o funcionales.

El tratamiento quirúrgico de la fractura de mandíbula está dirigido a restaurar la estructura anatómica y funcional de la mandíbula. Se accede a la fractura generalmente por dentro de la boca, pero en ocasiones también se debe acceder a través de la piel.

Los fragmentos óseos fracturados se colocan en su posición original y se fijan con un material que normalmente se quedará allí para siempre, aunque en algunas ocasiones (sobre todo en niños), se utilizará material reabsorbible

## **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, ni puede resolver completamente en todas las ocasiones todas las lesiones producidas por la fractura. Para evitar estas complicaciones es muy importante que Ud colabore plenamente en el tratamiento. Los riesgos más frecuentes incluyen:

- Hematomas y edemas postoperatorios.
- Lesión del nervio alveolar inferior que produce insensibilidad del labio inferior, encía y dientes adyacentes.
- Lesión del nervio lingual, que produce insensibilidad y pérdida de gusto en la lengua.
- Deformidad mandibular
- Alteraciones de la oclusión de los dientes.

- Alteraciones de la articulación de la mandíbula con dolor y/o chasquidos, o cambios de la oclusión de los dientes.
- Falta de unión ósea.
- Infección y/o osteomielitis.
- Rechazo al material de osteosíntesis.
- Gingivitis y/o problemas dentarios, incluso pérdida de los dientes.
- Cicatrices inestéticas.
- Roturas de instrumentos.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores.

**RIESGOS ESPECIFICOS EN MI CASO Y OTRAS COMPLICACIONES DE MÍNIMA RELEVANCIA ESTADÍSTICA:**

.....  
 .....  
 .....

La intervención suele realizarse con ANESTESIA GENERAL con el riesgo inherente asociado a la misma, que serán informados por su anestesista; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

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

---

**REVOCAION 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).