

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO PERIODONTAL QUIRÚRGICO

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Hechos a considerar

Se requieren las iniciales del paciente

- _____ Se tomarán radiografías dentales para revisar la condición del hueso que sostiene sus dientes. Se realizará un examen minucioso de su cavidad oral y se medirán las cavidades bajo la encía que rodea sus dientes para determinar qué tratamiento/s periodontal/es requiere el estado de sus encías.
- _____ Un tipo de tratamiento quirúrgico, llamado una **gingivectomía**, es la eliminación quirúrgica del tejido gingival afectado (tejido de la encía) para reducir o eliminar las cavidades periodontales que no han respondido a tratamientos más conservadores como el raspado y el curetaje. Este incluye el raspado y alisado profundo de las superficies de las raíces expuestas durante la cirugía. Antes de la cirugía es posible que se le recete un sedante o un medicamento previo.
- _____ Es posible que el tratamiento también incluya una **cirugía de colgajo**, lo cual significa que se cortará y levantará un área pequeña de las encías para exponer el defecto óseo alrededor del diente. Tal vez se elimine el tejido afectado, se vuelva a perfilar el hueso, o se injerte material óseo real o sintético en esa región. Es posible que en el lugar también se inserte y se suture una membrana que actuará de barrera, y se coloque un vendaje periodontal sobre el área de la cirugía.
- _____ Un **injerto gingival** involucra la reubicación de tejido de la encía. A menudo esto se hace para tapar una raíz expuesta, o para crear una zona de tejido gingival alrededor de un diente donde se ha retirado el tejido normal.
- _____ El éxito del tratamiento depende en parte de que usted se comprometa a cepillarse los dientes y a usar el hilo dental diariamente, a recibir limpiezas regulares según le sean indicadas, a seguir una dieta saludable, a evitar el tabaco y a cumplir con un plan apropiado de cuidado en el hogar que se le enseñará en esta oficina.
- _____ Se aplicará una anestesia local dependiendo de la ubicación y la profundidad del área a ser tratada.

Entre otros, los beneficios del tratamiento periodontal quirúrgico son los siguientes:

- _____ El tratamiento periodontal quirúrgico puede: ayudar a crear un ambiente limpio en el cual sus encías podrán cicatrizar; ayudar a reducir la probabilidad de sufrir mayor irritación o infección de la encía; facilitarle la limpieza de sus dientes; aumentar la probabilidad de retener sus dientes y su función; y disminuir el costo de reemplazar dientes perdidos a causa de la enfermedad periodontal. Este plan de tratamiento ayudará a mejorar su estado y a evitar que la enfermedad se extienda.

Entre otros, los riesgos del tratamiento periodontal quirúrgico son los siguientes:

- _____ Entiendo que mis encías pueden sangrar o inflamarse, que es posible que experimente una molestia mediana durante varias horas después de que se acabe el efecto de la anestesia, y que posiblemente exista una leve molestia durante unos pocos días que podrá ser tratada con medicamentos para el dolor. Avisaré a la oficina del dentista si los problemas perduran más de unos pocos días.

- _____ Entiendo que como las limpiezas incluyen el contacto con bacteria y tejido infectado en la boca, es posible que también experimente una infección, la cual sería tratada con antibióticos. Me pondré en contacto de inmediato con la oficina del dentista si experimento fiebre, escalofríos, sudores o adormecimiento.

- _____ Entiendo que mantener mi boca abierta durante el tratamiento puede hacer que mi mandíbula quede endurecida y adolorida temporalmente, y tal vez me sea difícil abrir bien la boca durante varios días. Sin embargo, de vez en cuando, esto puede indicar la existencia de un problema adicional. Debo avisar a la oficina del dentista si surge este u otro problema.

- _____ Entiendo que a medida que cicatriza el tejido de mi encía, el mismo puede encogerse un poco y dejar expuesta parte de la superficie de la raíz. Esto puede hacer que mis dientes se vuelvan más sensibles al calor o al frío. También entiendo que después del tratamiento, es posible que tenga espacios entre mis dientes a la altura del borde de la encía, lo cual puede atrapar partículas de comida y requerir mantenimiento especial. Entiendo que existen procedimientos quirúrgicos adicionales disponibles para proteger las áreas sensibles.

- _____ Entiendo que dependiendo de mi condición dental actual, problemas de salud existentes, o medicamentos que pueda estar tomando, estos métodos por sí solos tal vez no reviertan por completo los efectos de la enfermedad periodontal ni prevengan problemas futuros. Los dientes que se aflojen a causa de la enfermedad periodontal pueden ser extraídos, lo cual podrá requerir que los mismos sean reemplazados con un puente fijo o removible, una dentadura postiza, o dientes artificiales llamados *implantes*.

- _____ Entiendo que tal vez reciba una anestesia local y/u otro medicamento. En raras instancias, el paciente puede experimentar una reacción a la anestesia, lo cual puede requerir atención médica de emergencia. **A causa de la anestesia y medicamentos aplicados, es posible que necesite designar a un conductor para llevarme a casa.** Raramente, una inyección puede causar daños temporarios o permanentes al nervio.

- _____ Entiendo que todos los medicamentos son potencialmente peligrosos, y pueden tener efectos secundarios y contraindicaciones con otras drogas. Por lo tanto, es fundamental que le diga a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando en la actualidad, los cuales son: _____

- _____ Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar que mi afección sea tratada apropiadamente, pero que no es posible garantizar resultados perfectos. Mediante mi firma más abajo, doy fe de que he recibido información adecuada sobre el tratamiento propuesto, de que entiendo dicha información, y de que todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Entre otras, las consecuencias si no se aplica ningún tratamiento son las siguientes:

- _____ Entiendo que si no se aplica ningún tratamiento, o el tratamiento comenzado es interrumpido o discontinuado, mi enfermedad periodontal puede continuar y probablemente empeore. Esto puede causar una mayor inflamación e infección del tejido de la encía, caries por encima y por debajo del borde de la encía, deterioro del hueso que rodea el diente y finalmente, la pérdida de ciertos dientes.

Entre otras, las alternativas al tratamiento periodontal quirúrgico son las siguientes:

_____ Entiendo que dada mi condición, no existe ningún tratamiento alternativo efectivo para tratar mi severa enfermedad periodontal y salvar mis dientes afectados.

Nadie me ha dado una garantía ni me ha asegurado que el tratamiento o la cirugía propuestos curarán o mejorarán las afecciones mencionadas más arriba.

- Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal y como se describe anteriormente.
- Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal y como se describe arriba y entiendo las consecuencias potenciales asociadas con esta negativa.

Firma del paciente

Fecha

Doy fe de que he discutido los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas al tratamiento periodontal quirúrgico con _____ (nombre del paciente) quien ha tenido oportunidad de hacer preguntas, y en mi opinión, mi paciente entiende lo que se le ha explicado.

Firma del dentista

Fecha

Firma del testigo

Fecha