

Análisis y consentimiento informado para injerto gingival (encía)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento y lugar: _____

Hechos que debe considerar

Se necesitan las iniciales del paciente

_____ Me han informado que tengo un problema mucogingival (encía) alrededor de algunos de mis dientes. Esto podría significar que tengo una cantidad insuficiente de tejido gingival unido o una unión muscular que posiblemente podría causar la pérdida prematura de los dientes. Comprendo que donde no hay suficiente encía adherida, se pueden alojar bacterias y alimentos debajo de la línea gingival y esto podría causar una recesión mayor de la encía o una infección localizada (absceso en la encía). También entiendo que donde hay empastes sobre la línea gingival o coronas con bordes por debajo de la línea gingival, es importante tener un ancho suficiente en la encía adherida para que los bordes de los empastes o de las coronas o el material del cual están hechas no causen una irritación significativa de la encía. Me han aconsejado y comprendo que la cirugía de injerto gingival puede ayudar con este problema.

_____ Me han explicado que el procedimiento quirúrgico implica la remoción de una tira delgada de encía generalmente de mi boca (usualmente del paladar) y su trasplante/colocación cerca del área de la recesión gingival. El trasplante puede colocarse sobre la base de la encía restante o puede colocarse para que cubra parcialmente la superficie de la raíz del diente expuesta por la recesión. Si se intenta la segunda opción, comprendo que la encía colocada sobre la raíz podría achicarse nuevamente durante la curación y que el intento de cubrir la superficie expuesta de la raíz podría no ser completamente exitoso.

_____ Después de que un anestésico local por inyección haya adormecido el área para operarla, se realizará una incisión en las encías para exponer los dientes y luego se limpiarán y alisarán las raíces de los dientes. Podrían aplicarse antibióticos u otras sustancias químicas a las raíces para descontaminarlas antes de que se coloque el material gingival en el/las área(s).

Beneficios del injerto gingival, no limitados a los siguientes:

_____ El objetivo del procedimiento de colocación de un injerto gingival es fortalecer el/los lugar(es) donde se va a injertar mediante la adición de nueva encía adherida queratinizada (más densa) al área que pueda resistir cualquier colapso posterior. Este procedimiento también puede cubrir las superficies expuestas de las raíces, lo que mejoraría la apariencia de los dientes y de la línea gingival, así como trataría y minimizaría la sensibilidad de la raíz o la caries.

Riesgos del injerto gingival, no limitados a los siguientes:

_____ Comprendo que tras la cirugía podría haber sangrado, inflamación, dolor, infección, decoloración facial y sensibilidad temporal o, a veces, permanente del diente a alimentos calientes, fríos, dulces o ácidos. Podría producirse un adormecimiento temporal o permanente de las áreas quirúrgicas, lo que incluye las encías, los labios y el mentón.

_____ Entiendo que una cantidad menor de pacientes no responde con éxito a los injertos gingivales. Si se coloca un trasplante para que cubra parcialmente la superficie de la raíz del diente expuesta por la recesión, la encía colocada sobre la raíz podría achicarse nuevamente durante la curación. En ese caso, el intento de cubrir la superficie expuesta de la raíz podría no ser completamente exitoso, lo que generaría mayor recesión o un espacio mayor entre los dientes. El injerto podría lucir de un color y grosor diferentes del tejido blando adyacente.

_____ Entiendo que recibiré una anestesia local mediante inyección u otra medicación. En casos raros, los pacientes tienen una reacción a la anestesia, lo cual podría requerir atención médica de emergencia, o notan que reduce su habilidad de controlar la deglución. Esto aumenta la probabilidad de tragar objetos extraños durante el tratamiento. **Según el anestésico y los medicamentos que se administren, podría necesitar un conductor designado para que me lleve a casa. En casos excepcionales, se puede producir una lesión temporal o permanente del nervio por una inyección, lo que puede generar la pérdida de sensibilidad en el mentón, los labios, las encías y la lengua, así como la pérdida del gusto.**

_____ Entiendo que mantener abierta mi boca durante el tratamiento podría dejarme una sensación temporal de dolor y rigidez en la mandíbula y que esto podría hacer que me sea difícil abrir mucho la boca durante varios días, lo que se conoce a veces como trismo. No obstante, esto puede ser ocasionalmente una indicación de una condición o un problema significativo. En caso de que esto ocurra, debo notificar a este consultorio si sufro un trismo persistente o surgen otras preocupaciones similares.

_____ Comprendo que TODOS los medicamentos tienen el potencial de efectos secundarios, reacciones imprevistas e interacciones entre medicamentos. Por lo tanto, es crucial que informe a mi dentista todos los medicamentos y suplementos que estoy tomando en la actualidad, los cuales son: _____

_____ Estoy tomando_____/No estoy tomando_____en la actualidad o he tomado en el pasado bisfosfonatos con el fin de tratar la osteoporosis.

_____ Entiendo que fumar, mascar tabaco o consumir alcohol podría afectar la curación de la encía y podrían limitar o impedir el resultado exitoso de mi cirugía. Fumar podría afectar adversamente la curación del lugar de la extracción y podría causar alveolo seco (una infección del hueso de las paredes alveolares). Los fumadores tienen un riesgo mayor y tienen más alveolos secos que los no fumadores. Acepto seguir las instrucciones relacionadas con el cuidado diario de mi boca.

Alternativas al tratamiento sugerido:

_____ Comprendo que entre las alternativas al injerto gingival se encuentran las siguientes: (1) ningún tratamiento, con la expectativa de inflamación crónica que resulte en el avance de la recesión, lo cual se asocia comúnmente con una sensibilidad mayor de los dientes a las temperaturas extremas u otros irritantes, mayor riesgo de caries en las superficies de las raíces expuestas por la recesión y posiblemente la pérdida prematura de dientes; (2) intentos de aislar los dientes para controlar la sensibilidad al colocar empastes dentro o sobre las superficies de las raíces con la expectativa de una mayor recesión como

consecuencia de este procedimiento; (3) raspado no quirúrgico de las raíces de los dientes y revestimiento de la encía (alisado radicular y raspado) con la expectativa de que esto resulte solo en la reducción parcial y temporal de la inflamación e infección, no detenga la recesión, requiera atención profesional más frecuente o pueda resultar en el empeoramiento de mi condición y en la pérdida prematura de los dientes; (4) extracción de los dientes involucrados con recesión y falta de tejido gingival adherido, lo cual podría necesitar reemplazarse con puentes, coronas o implantes dentales.

Alternativas abordadas: _____

Nadie me ha garantizado ni asegurado que el tratamiento o la cirugía propuesta curará o mejorará la(s) condición(es) indicada(s) anteriormente.

Marque las casillas a continuación que se aplican a su caso:

Consentimiento

- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos, beneficios y alternativas del injerto gingival propuesto.
- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos sustanciales y beneficios del tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi condición.
- Certifico que he leído y comprendo la información anterior, que entiendo las explicaciones a las cuales se hace referencia, que han respondido a mis preguntas y que se han llenado los espacios en blanco que debía completar o en los que debía colocar información. Autorizo e instruyo al/a la Dr./Dra. _____ a hacer lo que considere necesario y aconsejable en virtud de las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para que me realicen el tratamiento mencionado anteriormente.
- Aunque el tratamiento podría no estar cubierto por mi seguro médico o dental, acepto cualquier responsabilidad económica por este tratamiento y lo autorizo.

o

Rechazo

- Me niego a dar mi consentimiento para el/los tratamiento(s) propuesto(s) descrito(s) anteriormente y comprendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

Paciente o representante del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Doy fe de que he abordado los riesgos, los beneficios, las consecuencias y las alternativas del tratamiento anterior con _____ (Paciente o representante del paciente) y que él o ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Creo que el paciente comprende lo que se le ha explicado y da su consentimiento para el tratamiento indicado anteriormente o lo rechaza.

Firma del dentista

Fecha