

Análisis y consentimiento informado para tratamiento periodontal quirúrgico (encías y hueso)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento y sitio(s): _____

Hechos que debe considerar

Se necesitan las iniciales del paciente donde corresponda

- _____ El tratamiento periodontal quirúrgico podría implicar varios procedimientos diferentes para retirar el tejido gingival inflamado o infectado, además de para limpiar o restaurar el tejido gingival o hueso dañado por la enfermedad gingival (encía). Un examen de su cavidad oral mide las bolsas debajo de las encías que rodean sus dientes para determinar cuál(es) tratamiento(s) periodontal(es) requiere la condición de su encía. Se tomarán radiografías para verificar la condición del hueso que sostiene sus dientes.
- _____ Un tipo de tratamiento, la **gingivectomía**, es la remoción quirúrgica de todo el tejido gingival (encía) flojo, infectado y enfermo para eliminar la enfermedad periodontal y reducir la profundidad del espacio entre el diente y el tejido gingival que lo rodea. Se podría recomendar y recetar sedación o medicación previa antes de la cirugía.
- _____ El tratamiento puede incluir también **cirugía ósea (del hueso)/de colgajo**: Estos procedimientos implican cortar y levantar un área pequeña de la encía para exponer el defecto óseo que rodea al diente. Se debe quitar el tejido afectado, contornear (remodelar) nuevamente el hueso o se podría injertar material óseo sintético o real en el sitio. También podría insertarse y suturarse una membrana protectora (barrera o cubierta) y podría colocarse un vendaje periodontal (un vendaje adhesivo especial) sobre el área de la cirugía.
- _____ El **alargamiento de la corona** es un tipo de cirugía diseñado para exponer mayor estructura del diente para brindar una retención (agarre) mayor para una corona. Incluye todos los componentes de la cirugía ósea. Por lo general, la corona puede colocarse aproximadamente entre cuatro y seis semanas después de esa cirugía.
- _____ Un **injerto gingival (encía)** implica mover tejido gingival de un sitio al otro. Por lo general, esto se hace para cubrir una raíz expuesta o para proporcionar una zona de encía adherida alrededor del diente donde se ha disminuido el tejido normal. El injerto puede tomarse del paladar o puede utilizarse tejido de un banco de tejidos. El objetivo principal es aumentar el tejido adherido (encía), que crea un sello alrededor del diente y ayuda a proteger al diente, al hueso y las encías subyacentes.
- _____ El éxito del tratamiento depende en parte de sus esfuerzos por cepillarse y usar hilo dental a diario, recibir limpiezas regulares cuando se le indique, seguir una dieta saludable, evitar productos de tabaco y seguir los cuidados adecuados en el hogar.
- _____ Se podría administrar un anestésico (medicación que adormece) local según la ubicación y profundidad del área.

Beneficios del tratamiento periodontal quirúrgico, no limitados a los siguientes:

_____ El tratamiento periodontal quirúrgico puede ayudar a crear un entorno más limpio en el cual pueden sanar las encías, ayudar a reducir la probabilidad de una mayor irritación e infección de las encías, hacer que para usted sea más fácil mantener los dientes limpios, incrementar sus probabilidades de retener los dientes y su funcionamiento, y disminuir los costos que tendría para reemplazar los dientes perdidos debido a enfermedad gingival. El curso del tratamiento podría ayudar a mejorar su condición y prevenir que se propague esta enfermedad.

Riesgos del tratamiento periodontal quirúrgico, no limitados a los siguientes:

_____ Como riesgo o resultado de la cirugía, comprendo que mis encías podrían sangrar o inflamarse y podría tener una incomodidad moderada después de que deje de hacer efecto la anestesia. Podría haber una leve irritación durante algunos días, la cual puede tratarse con medicación para el dolor. Avisaré al consultorio si esas condiciones persisten más de unos pocos días.

_____ Entiendo que dado que las limpiezas y la cirugía implican contacto con bacterias y tejido infectado en mi boca, también podría sufrir una infección, la cual podría tratarse con antibiótico. Me comunicaré de inmediato con el consultorio si tengo fiebre, escalofríos, sudor o adormecimiento.

_____ 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 problemas significativos. En caso de que esto ocurra, debo notificar a este consultorio si sufro un trismo persistente o surgen otras preocupaciones similares.

_____ Comprendo que a medida que sanan mis tejidos gingivales después del tratamiento o de la cirugía, podrían achicarse en cierta medida, exponiendo algo de la superficie radicular de los dientes. Esto podría hacer que mis dientes sean más sensibles al calor o al frío. También entiendo que después del tratamiento podría tener espacios entre los dientes a la altura de la línea gingival que podrían atrapar partículas de alimentos y requieren mantenimiento especial. Entiendo que podrían necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales para proteger las áreas sensibles.

_____ Comprendo que según mi condición dental actual, los problemas médicos actuales o los medicamentos que pueda estar tomando, estos métodos de tratamiento por sí solos podrían no revertir totalmente los efectos de la enfermedad gingival o prevenir problemas futuros. Los dientes que se aflojen como consecuencia de una enfermedad periodontal podrían tener que extraerse, lo cual implicaría reemplazar el diente perdido con un puente fijo o removible, una dentadura o dientes artificiales denominados implantes.

_____ Entiendo que condiciones imprevisibles podrían justificar la modificación o el cambio del tratamiento previsto o plan quirúrgico. Estas pueden incluir, entre otras, las siguientes: (1) extracción de dientes perdidos, (2) remoción de raíces perdidas en un diente con múltiples raíces para preservar el resto del mismo diente o (3) terminación antes de finalizar de toda la cirugía planeada originalmente.

_____ Entiendo que fumar podría interferir significativamente con la curación y podría limitar el resultado exitoso de mi tratamiento.

_____ Entiendo que podría recibir una anestesia tópica o local u otra medicación al inicio del tratamiento o durante el mismo. En casos raros, los pacientes podrían tener una reacción a la anestesia, lo cual podría requerir atención médica de emergencia. **Según la anestesia y los medicamentos que se administren, podría necesitar un conductor designado para que me lleve a casa.** En casos raros, se puede producir una lesión

temporal o permanente del nervio, adormecimiento de labios, lengua, mejillas, mentón o encías por una inyección.

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

_____ Entiendo que aunque se harán todos los esfuerzos razonables para garantizar el tratamiento de mi condición, no es posible garantizar resultados perfectos. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido información sobre el tratamiento propuesto, que entiendo esta información y que han respondido satisfactoriamente a todos mis preguntas.

Consecuencias si no se realiza un tratamiento, no limitadas a las siguientes:

_____ Entiendo que si no se realiza ningún tratamiento o si el tratamiento en proceso se ve interrumpido o cancelado, mi condición periodontal actual podría continuar y es probable que empeore. Esto podría conducir a una mayor inflamación e infección de los tejidos gingivales, caries dental por encima y por debajo de la línea gingival, deterioro del hueso que rodea los dientes y eventualmente la pérdida de dientes.

Alternativas al tratamiento periodontal quirúrgico, no limitadas a las siguientes:

_____ Entiendo que dada mi condición, podría no haber tratamientos alternativos eficaces para mi enfermedad gingival y para mantener mis dientes afectados.

Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para garantizar el tratamiento adecuado de mi condición; no obstante, (debido a la complejidad entre los pacientes, los agentes infecciosos (bacterias), el sistema inmunológico y finalmente el mantenimiento y los cuidados en el hogar) no es posible garantizar resultados perfectos o el riesgo nulo de reaparición de la enfermedad.

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 beneficios y las alternativas del tratamiento 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