

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE APICECTOMÍA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

La apicectomía es una forma de tratamiento de conducto radicular, o cirugía de mandíbula, destinada a ayudarle a conservar el diente susceptible a las caries o al trauma.

Se requieren las iniciales del paciente

_____ Los conductos torcidos, curvos, accesorios o bloqueados pueden impedir la extracción de toda la pulpa o el nervio inflamado o infectado durante el tratamiento de conducto. Puesto que dejar cualquier resto de pulpa o nervio en el conducto de la raíz puede causar la continuación o el empeoramiento de los síntomas, esta condición puede requerir un procedimiento adicional llamado **apicectomía**. A través de una pequeña abertura en las encías y el hueso circundante, se extrae el tejido infectado y se sella el conducto de la raíz, a lo cual se le denomina procedimiento de obturación retrógrada. También puede ser necesaria una apicectomía si sus síntomas continúan después del tratamiento de conducto o si el diente no sana. En algunos casos, se quita el tejido y se puede requerir una biopsia, con un costo adicional.

Entre otros, la apicectomía ofrece los siguientes beneficios:

_____ El tratamiento de apicectomía tiene por finalidad ayudarle a conservar el diente, permitiéndole que mantenga su mordida natural y el funcionamiento saludable de su mandíbula. Se ha recomendado este tratamiento para aliviar los síntomas del diagnóstico descrito arriba.

Entre otros, los riesgos de la apicectomía son los siguientes:

_____ Entiendo que después del tratamiento puedo experimentar moretones temporarios en mi rostro, sufrir sangrado, dolor, hinchazón y molestias durante varios días, los cuales pueden tratarse con analgésicos. Es posible que el tratamiento cause alguna infección que deba ser tratada con antibióticos. Puede experimentar el adormecimiento temporal o permanente, o afecciones nerviosas dolorosas. Me comunicaré inmediatamente con el consultorio si mi estado empeora o si sufro fiebre, escalofríos, sudoración, adormecimiento, problemas sinusales, dolor intenso o hinchazón.

_____ Entiendo que pueden ocurrir otras complicaciones como la apertura del seno, infecciones, desplazamiento de dientes o cuerpos extraños en los senos nasales, espacios o caries, que requerirán cirugía adicional, a costos adicionales.

_____ Entiendo que ya que se quita una parte de la raíz, la misma será más corta. Como resultado, en algunos casos el diente puede estar flojo temporalmente o permanentemente.

_____ Entiendo que hay una posibilidad de que se lastime un diente adyacente o las raíces de los dientes durante el procedimiento. Si un dientes adyacente o las raíces de los dientes se lastiman o si se dañan de alguna manera

durante el procedimiento quirúrgico, se puede necesitar un tratamiento de endodoncia convencional, cirugía endodóntica o extracción.

Entiendo que puede ocurrir que las encías se retraigan lejos de la corona dejando expuestos a más dientes/raíces. Los márgenes de la corona o raíces pueden verse cuando sonrío o cuando habla. Esto puede necesitar una cirugía de encías o de hueso para corregirlo.

Entiendo que la cirugía para exponer la raíz puede requerir la extracción del hueso circundante para obtener mayor acceso. Como resultado, se puede requerir un injerto óseo durante la cirugía el cual puede incurrir en costos adicionales. Esto también puede ser necesario si la infección ocasionó como resultado la pérdida ósea.

Entiendo que se me puede suministrar anestesia local y/o algún otro medicamento para sentir una mayor comodidad durante el tratamiento. En raros casos los pacientes pueden sufrir una reacción al anestésico que puede requerir atención médica de emergencia o pueden sentir que el anestésico reduce su capacidad para tragar bien. Esto aumenta las probabilidades de ingerir objetos extraños durante el tratamiento. Dependiendo de la anestesia y de los medicamentos administrados, es posible que necesite que un conductor designado me lleve en automóvil hasta mi casa. En raras ocasiones, una inyección puede provocar una lesión temporal o permanente en algún nervio.

Entiendo que todos los medicamentos presentan posibles riesgos y efectos secundarios, y la posibilidad de que ocurran contraindicaciones con otros fármacos. Por lo tanto, es esencial que informe a mi dentista respecto a todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, los cuales son:

Entiendo que el mantener la boca abierta durante el tratamiento puede causar cierta rigidez y dolor en mi mandíbula y provocar dificultades para abrir bien la boca durante varios días, algunas veces se denomina trismo. Sin embargo, en ocasiones esto puede ser una indicación de algún otro problema. En el caso de que esto ocurra, debo notificar al consultorio dental si experimento trismo persistente o si surge algún otro problema similar.

Entiendo que es posible que el tratamiento de apicectomía no alivie todos mis síntomas. La presencia de enfermedades en las encías puede aumentar el riesgo de perder algún diente aun cuando el tratamiento de apicectomía haya tenido éxito. Si se requiere la extracción del diente, se discutirá la posibilidad de montar una dentadura postiza, un puente o un tratamiento con implante.

Entre otras, las consecuencias a causa de no administrar una apicectomía son las siguientes:

Entiendo que sin el tratamiento de apicectomía, mis molestias pueden continuar. Puedo correr el riesgo de una infección que podría convertirse en abscesos graves con infecciones que podrían ser un peligro para mi vida en los tejidos y los huesos que rodean mis dientes y, eventualmente, la pérdida de mi diente y/o de dientes adyacentes.

Entre otros, los tratamientos alternativos si la apicectomía no es la única solución son los siguientes:

Entiendo que, dependiendo de mi diagnóstico, pueden existir alternativas al tratamiento de apicectomía que implican recurrir a otras especialidades odontológicas. La extracción del diente es la alternativa más común al tratamiento de apicectomía. Esto puede requerir el reemplazo del diente extraído con un puente móvil o fijo o un diente artificial llamado *implante*. Como ya se mencionó, elegir no tratar la afección es una opción con los riesgos y las consecuencias. Volver a tratar (volver a hacer) el conducto de la raíz puede ser una alternativa. Mi dentista ha hablado conmigo acerca de las alternativas y los gastos relacionados con ellas. Se han respondido a mi satisfacción las preguntas relacionadas con los procedimientos, sus riesgos, beneficios y costos.

Alternativas discutidas: _____

Nadie me ha asegurado ni me ha dado garantías de que la intervención quirúrgica o los tratamientos propuestos curarán o mejorarán el problema de salud indicado arriba.

Marque las casillas a continuación que se aplican a usted:

Consentimiento

- Me han informado verbalmente y de la información proporcionada en esta forma sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
- Me han informado verbalmente y a partir de la información proporcionada en esta forma de los riesgos y beneficios materiales de un tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi afección.
- Certifico que he leído y entiendo la información anterior y que entendí las explicaciones mencionadas, que mis preguntas fueron respondidas y que se han completado los espacios en blanco que requieren inserciones o completes. Autorizo y ordeno a este dentista que haga Cualquier cosa que él / ella considere necesario y conveniente en las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente.
- Si bien el tratamiento puede ser cubierto por mi seguro médico y / o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizo el tratamiento.

o

Negativa

- Me niego a dar mi consentimiento para el (los) tratamiento (s) propuesto (s) como se describe anteriormente y entiendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

Firma del paciente o padre / tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Certifico que he discutido los riesgos, beneficios y consecuencias asociadas con el tratamiento, así como los riesgos y beneficios del tratamiento alternativo con _____ (nombre del paciente o del padre / madre / tutor legal). El paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo que mi paciente entiende lo que se ha explicado y acepta voluntariamente el tratamiento que se describe en este documento.

Firma del dentista

Fecha