

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INJERTO ÓSEO Y/O LA REGENERACIÓN ÓSEA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

## Hechos a considerar

*Se requieren las iniciales del paciente*

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que tengo problemas y/o una enfermedad periodontales (de las encías y el hueso), que deben tratarse quirúrgicamente, lo cual incluye injertos óseos y técnicas para la regeneración ósea. Entiendo que el objetivo de este procedimiento, en forma conjunta con la cirugía con colgajo periodontal (de la encía), es el de permitir el acceso para eliminar las bacterias, mediante la limpieza de las raíces dentales y del recubrimiento de la encía. También puede tratar irregularidades del maxilar, si las hubiera, mediante el uso de un material de injerto óseo, para que cuando la encía se reemplace alrededor de la pieza dental, permita la reducción de cavidades, infección e inflamaciones y puede mejorar la cicatrización ósea. La reducción en la profundidad de las cavidades de las encías puede mejorar la facilidad y efectividad de mi higiene oral personal y la aptitud de un profesional odontológico para optimizar la limpieza de mi dentadura. Al reducirse la infección y la inflamación puede minimizarse todavía más la pérdida del hueso y del tejido de las encías que sustentan la dentadura, lo cual puede contribuir a una retención más duradera de mis piezas dentales en la o las áreas operadas.

\_\_\_\_\_ Después de que la anestesia (medicamento adormecedor) aplicada mediante una inyección haya insensibilizado el área a operar, la encía se refleja (se le practica una incisión durante la cirugía) para exponer las raíces de la pieza dental, las cuales se limpian y alisan. Antes de colocar el material del injerto en la o las áreas, pueden aplicarse antibióticos y/u otros productos químicos a las raíces para descontaminarlas. Puede haber costos adicionales por antibióticos tópicos.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que los injertos óseos pueden llevarse a cabo en áreas de mi boca asociadas con zonas de las encías donde haya cavidades y/o recesiones. También se me ha explicado que éste es un procedimiento que puede implicar el injerto quirúrgico del hueso, mediante la extracción de uno o más trozos de hueso de otra región de mi cuerpo, lo cual requiere otro sitio quirúrgico o el uso de otro material óseo comercial, proveniente de otro ser humano o de un animal. El material del injerto se puede usar en forma de bloque, sobre una zona grande, o en forma de material en partículas, para las áreas de menor tamaño. Admito que he tenido la oportunidad de conversar acerca de estas opciones y, a mi elección, con mi dentista, antes de prestar el consentimiento para este tratamiento, procedimiento o cirugía.

\*Usted debe reconocer y poner las iniciales en uno, pero no en ambos, de los dos párrafos siguientes:

\_\_\_\_\_ Poniendo las iniciales en este párrafo, reconozco y declaro que no tengo ninguna objeción con respecto a la fuente o al origen del material de injerto óseo ya sea humano o animal.

O

\_\_\_\_\_ Poniendo las iniciales en este párrafo y sus partes, declaro mi objeción con el origen del material de injerto óseo que puede utilizarse: No humano ( ), No Animal ( )

**Beneficios de los injertos óseos y/o de la cirugía regenerativa, no limitados a los siguientes:**

El objetivo de los injertos óseos y/o de la cirugía regenerativa es el de lograr que el hueso vuelva a "crecer" (para la longevidad del diente), o para permitir posiblemente la colocación de un implante dental, ya sea durante esta misma cirugía o en una fecha posterior. Por otro lado, el propósito de esta cirugía puede ser el de contribuir a crear una cresta alveolar restaurable, para mejorar la estética y la función en el lugar donde irá una pieza dental de reemplazo (artificial) como parte de un puente dental.

### **Riesgos de los insertos óseos y/o de la cirugía regenerativa, no limitados a los siguientes:**

Entiendo que con la cirugía puede haber sangrado posoperatorio, inflamación, dolor, infección, decoloración facial, sensibilidad temporal o, en ocasiones permanente, en la dentadura al calor, al frío, a los dulces o a las comidas ácidas. Puede presentarse un adormecimiento temporal o permanente de las áreas quirúrgicas que me afecten los labios, el mentón y la lengua, distorsionando posiblemente el sentido del gusto. Entiendo que puedo ver cambios en el aspecto de mis encías. Puede haber una posición diferente en las raíces o espacios entre las piezas dentales de mayor tamaño. Entiendo que mis dientes puedan ser más "largos" y mis raíces puedan estar más expuestas. También entiendo que puede ser necesario un segundo procedimiento si la cirugía inicial no es completamente exitosa.

Entiendo que recibiré un anestésico local mediante una inyección y/u otras medicaciones. En raras ocasiones, los pacientes pueden sufrir una reacción fuerte e impredecible al anestésico, lo cual puede requerir atención médica de emergencia. La medicación puede afectar la capacidad de controlar la deglución. 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. Rara vez, como resultado de una inyección, puede haber una lesión nerviosa, temporal o permanente, que derive en la pérdida de sensibilidad en el mentón, los labios, las encías, la lengua y en una pérdida parcial del sentido del gusto.**

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 todos los medicamentos presentan posibles riesgos y efectos secundarios, y la posibilidad de que ocurran contraindicaciones con otros fármacos. Por lo tanto, es crucial que informe a mi dentista acerca de todas las medicaciones y suplementos que esté tomando actualmente, los cuales son: \_\_\_\_\_

Entiendo que el hecho de fumar y/o masticar tabaco y/o consumir alcohol puede afectar las posibilidades de que las encías y/o los huesos me cicatricen normalmente y limitar el potencial de un resultado satisfactorio de mi cirugía. Fumar puede afectar de manera negativa el lugar de la extracción que está en proceso de curación y puede ocasionar "alveolitis seca" (una infección del hueso de las paredes alveolares). Los fumadores tienen un alto riesgo de padecer "alveolitis seca" y la padecen más que los no fumadores. Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones de mi dentista en lo que se refiere al cuidado diario de mi boca, dentadura y encías.

### **Alternativas al tratamiento sugerido:**

Entiendo que las alternativas al injerto óseo y/o a la cirugía regenerativa incluyen: no recibir tratamiento, no proceder al raspado radicular quirúrgico y al recubrimiento de la encía (raspado y alisado periodontal), con o sin medicación, en un intento por reducir aún más las bacterias y el sarro que se encuentra debajo del margen gingival, los puentes dentales, las dentaduras parciales removibles, y no reemplazar piezas dentales.

**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

