

CONSENTIMIENTO INFORMADO para INJERTO ÓSEO
Rev. 07/2019

INFORMACIÓN A CONSIDERAR

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.

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.

He sido informado de que varias zonas de mi boca necesitan someterse a un injerto óseo. También se me ha explicado que este procedimiento puede conllevar el uso de injertos óseos fabricados comercialmente usando fuentes óseas humanas o animales. El material óseo puede ser usado en bloque, en una zona más amplia, o en forma particular en zonas más pequeñas. Confirmando 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.

HUESO (CONGELADOS, LIOFILIZADOS, DESMINERALIZADOS, XENOGRAFOS) O SUSTITUTOS DE HUESO

En ocasiones se utiliza un hueso adicional donado, procesado o generado de substitutos artificiales para complementar el hueso del paciente, o para evitar realizar un procedimiento extenso de cultivo de injertos. Si se usan dichos materiales podrían otros riesgos incluyendo, pero sin limitarse a:

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568 ☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com 🌐 www.stDental.com

- Rechazo al material donado o fabricado artificialmente.
- Remota posibilidad de transmisión de una enfermedad viral o bacteriana del hueso procesado.

Entiendo que en el procedimiento del injerto, estamos usando hueso procesado congelado.

Reconozco y declaro que no tengo ninguna objeción con respecto a la fuente o al origen del material de injerto óseo, ya sea humano, animal o artificial. En nuestro consultorio utilizamos hueso procesado congelado.

BENEFICIOS DE LOS INJERTOS ÓSEOS Y/O CIRUGÍA REGENERATIVA, ENTRE OTROS:

El objetivo de los injertos óseos y/o de la cirugía regenerativa es el de lograr que el hueso vuelva a "crecer" o 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 INJERTOS ÓSEOS Y/O CIRUGÍA REGENERATIVA, ENTRE OTROS:

Además de los riesgos del procedimiento quirúrgico inicial que se me han explicado por separado, entiendo que el injerto óseo conlleva ciertos riesgos específicos.

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. Entiendo que podría presentarse un adormecimiento de los dientes, labios, lengua y tejido colindante (parestesia) después de las inyecciones. 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.*

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com

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 toda la medicación en esta clínica dental tiene el potencial de producir riesgos, efectos secundarios y reacciones adversas. Por lo tanto, es esencial que yo informe a mi dentista respecto a todos los medicamentos que estoy tomando actualmente. Pueden causar enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picor, vómitos y/o choque anafiláctico. Confirmando que, según entiendo, se me ha facilitado un informe acertado de mi historial de salud mental y física. También he informado de cualquier alergia o reacción inusual a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestesia, polen, polvo, enfermedades corporales o de la sangre, reacciones en piel o encías, sangrado anormal o cualquier otra condición previa relacionada con mi salud.

Entiendo que el hecho de fumar tabaco y marihuana 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.

Entiendo que si he tomado, o estoy tomando, medicación para la osteoporosis o estoy en tratamiento de cáncer con biofosfatos (tales como, pero sin limitarnos a: Zometa, Aredia, Fosamax, Boniva, Acetone), en raras ocasiones podría ocurrir osteonecrosis (falta de flujo sanguíneo en las células del hueso de la mandíbula, causando su muerte, después de una extracción o de una intervención quirúrgica; por tanto, es crítico que informe a mi dentista de toda la medicación y vitaminas que estoy tomando actualmente, o que he tomado.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO SUGERIDO:

Entiendo que las alternativas al injerto óseo incluyen no recibir tratamiento,

PARA TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

Entiendo que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir procedimientos, según las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no hayan sido detectadas durante el examen. El dentista explicará todos los cambios.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca del injerto óseo y creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento tal como se refleja a continuación.

CONSENTIMIENTO

He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios materiales de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita y que he entendido las explicaciones al respecto y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizar el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com