

**CONSENTIMIENTO INFORMADO para TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO**  
**Rev 11/2022**

**INFORMACIÓN A CONSIDERAR**

Un examen de su cavidad oral conlleva medir las bolsas debajo de la encía que rodea sus dientes para determinar si las encías necesitan tratamiento. Se tomarán radiografías para revisar la condición del hueso que sostiene sus dientes.

En general, cuando el periodonto (el hueso donde sus dientes están anclados) se desgasta, la profundidad de las bolsas se acentúa. Esto es grave porque se puede cultivar bacteria fácilmente bajo las encías, en la raíz del diente, y causar la pérdida continua de hueso. Por esta razón, la terapia principal en el tratamiento periodontal es disminuir la profundidad de las bolsas. Cuanto menos profundas sean las bolsas, más saludable será el periodonto.

El tratamiento periodontal (encías) requiere la eliminación de una sustancia bacteriana conocida como sarro, que es la principal responsable de la enfermedad periodontal, y los *cálculos*, que son una acumulación de depósitos duros en el diente por encima o por debajo del margen gingival.

El tratamiento requiere un *raspado*, durante el cual se utilizan instrumentos de mano afilados para eliminar los cálculos y el sarro, y después se pulen las superficies de la raíz. Es posible que el tratamiento incluya medicamentos o enjuagues bucales especiales para ayudar a controlar el crecimiento de la bacteria.

También puede elegir terapia de laser como parte del tratamiento periodontal no quirúrgico. El láser sirve: 1º. Para reducir o eliminar bacteriemias (presencia de bacterias en su sangre), 2º. Para evitar la contaminación cruzada de infecciones desde un área de su boca a otras áreas, y 3º. Para matar bacterias de la enfermedad periodontal y para detener sus infecciones antes de que causen destrucción física o pérdida de anclaje alrededor de los dientes.

También podríamos recomendar MINOCICLINA 2% GEL. Es un antibiótico aplicado localmente (LAA) que se coloca suavemente debajo de la línea de las encías en las bolsas periodontales donde las bacterias prosperan y causan infección. MINOCICLINA 2% GEL es un gel fácil de usar que se aplica con una jeringuilla en la bolsa del diente afectada. MINOCICLINA 2% GEL fluye hasta el fondo de las bolsas y llena incluso los espacios más pequeños entre los dientes y las encías. Después de aplicar MINOCICLINA 2% GEL, este se endurece cuando entra en contacto con fluidos bucales (saliva) y se vuelve de la textura de la cera, y el antibiótico se suelta lentamente en la bolsa infectada del diente. En estudios clínicos, MINOCICLINA 2% GEL fue generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios eran similares a los del placebo. Los efectos secundarios más comunes fueron: dolor de cabeza, resfriado común, encías irritadas, o doloridas, o con llagas, dolor de diente y sensibilidad. MINOCICLINA 2% GEL no debería ser usado por pacientes que son hipersensibles a la minociolina

o a cualquier otro medicamento del tipo de la tetraciclina. Si está tomando este medicamento, por favor informe al dentista. El uso de medicamentos del tipo de la tetraciclina durante el desarrollo del diente podría causar la decoloración permanente del diente. Los medicamentos con tetraciclina, por tanto, no deberían ser utilizados en mujeres embarazadas, a no ser que otros medicamentos no fueran eficaces o que estuvieran contraindicados.

El éxito a largo plazo del tratamiento depende en parte de que usted se comprometa a cepillarse los dientes y a usar el hilo dental diariamente, a recibir limpiezas regulares según le sean indicadas, a seguir una dieta saludable, a evitar el tabaco y a cumplir con un plan de cuidado en el hogar que se le enseñará en esta consulta.

Se aplicará una anestesia local dependiendo de la sensibilidad del área a ser tratada.

**BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO, ENTRE OTROS:**

Las limpiezas profesionales regulares crean un medio ambiente limpio en el cual las encías pueden cicatrizar; reducen las probabilidades de sufrir irritaciones e infecciones adicionales; le facilitan la limpieza de sus dientes; y disminuyen el costo de reemplazar los dientes perdidos a causa de la enfermedad periodontal.

**RIESGOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO, ENTRE OTROS:**

Entiendo que mis encías pueden sangrar o inflamarse y que es posible que experimente ligeras molestias después de que se acabe el efecto de la anestesia. Posiblemente experimente una leve molestia durante unos pocos días que podrá ser tratada con analgésicos. Avisaré a la oficina del dentista si los problemas perduran más de unos cuantos días.

Entiendo que como las limpiezas incluyen el contacto con bacteria y tejido infectado en la boca, es posible que también experimente una infección, la cual sería tratada con antibióticos o con otras terapias.

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, lo que 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 después del tratamiento, a medida que cicatriza el tejido de mi encía, el mismo puede encogerse un poco y dejar expuesta parte de la superficie de la raíz. Esto puede hacer que mis dientes se vuelvan más sensibles al calor o al frío. Entiendo que existen procedimientos quirúrgicos adicionales disponibles para proteger las áreas expuestas.

Entiendo que dependiendo de mi condición dental actual, problemas de salud existentes, o medicamentos que pueda estar tomando, estos métodos por sí solos tal vez no reviertan por completo los efectos de la enfermedad periodontal o prevengan problemas futuros.

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.*

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 fumar puede afectar de manera negativa el resultado de la terapia periodontal propuesta y que los resultados finales logrados mediante la terapia periodontal pueden disminuir o pueden ocasionar el fracaso total del tratamiento debido a que he tenido antecedentes recientes o he fumado.

**CONSECUENCIAS DE NO ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO, ENTRE OTRAS:**

Entiendo que si no se aplica ningún tratamiento, o el tratamiento comenzado es interrumpido o discontinuado, mi enfermedad periodontal puede continuar y probablemente empeorar. Esto puede causar una mayor inflamación e infección del tejido de la encía, caries por encima y por debajo del borde de la encía, deterioro del hueso que rodea el diente y finalmente, la pérdida de ciertos dientes.

**ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO, ENTRE OTRAS:**

Entiendo que tal vez se recomienden métodos quirúrgicos para ayudar a controlar mi enfermedad periodontal. He hablado con mi dentista sobre estas alternativas y sobre los costos asociados. Se han



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

respondido a mi satisfacción las preguntas relacionadas con los procedimientos, sus riesgos, beneficios y costos.

### **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.

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 sobre el tratamiento periodontal no quirúrgico 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

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