

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA PERIAPICAL Y APICECTOMÍA

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña
 como paciente o (D/Doña como su representante),
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente
 INFORMADO/A, por el Dr./Dra., y en consecuencia,
 AUTORIZO a para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico
 denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

A través de esta intervención se pretende conseguir la exploración de la región periapical del diente, mediante la extirpación si existe del quiste maxilar y el tratamiento de las piezas dentales afectas bien practicando exodoncia de ellas o bien a través de cirugía periapical. La apicectomía consiste en la extracción de la punta de la raíz dental (ápice) y los tejidos afectados por la infección. Posteriormente se puede sellar el conducto radicular.

Para llegar a la raíz dental y si precisa extirpar el quiste y los tejidos afectados, se requerirá realizar un fresado del hueso que esta suprayacente a la pieza enferma (ostectomía) después de haber abierto con bisturí la encía. Posteriormente me realizarán resección del quiste quedando una cavidad que se irá reosificando parcial o totalmente en unos meses. Tras la resección del quiste se procederá a la exodoncia de las piezas dentales afectas o al fresado del extremo final de las raíces de dichas piezas que habrán requerido endodoncia previa por parte de su odontólogo-estomatólogo con el fin de intentar preservarlas.

La intervención podría ser realizada con anestesia local o general. En ambos casos requerirá la aplicación de anestésicos locales y la ingesta de medicamentos en el postoperatorio (antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, etc.). La medicación empleada no está exenta de riesgos y puede producir efectos secundarios, reacciones adversas, reacciones alérgicas (incluso shock anafiláctico) etc. Los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia causando adormecimiento, incoordinación o mareo por lo que se me ha advertido que no conduzca o realice actividades potencialmente peligrosas hasta, al menos, 24 horas después de la intervención. Si el procedimiento precisa anestesia general se añade el riesgo inherente a la misma, que será informado por el anestesista.

Existe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos y/o complicaciones intraoperatorias para proporcionarme el tratamiento más adecuado:

- Podría optarse por realizar exodoncia de piezas dentales en las que estuviera previsto hacer cirugía periapical por considerar que son inviables (pieza muy móvil que presumimos que no se va a unir al hueso)
- Podría tener que realizarse algún otro procedimiento o maniobra no recogida en este documento, que sea oportuna para mi tratamiento.

Los riesgos de no realizar el tratamiento quirúrgico propuesto incluyen, entre otros, los siguientes: dolor agudo, formación de flemones, infección ósea, infección grave de la región orofacial con extensión a otras zonas, aparición de enfermedad periodontal, aumento del tamaño de los quistes que pueden o no fistulizar e, incluso, degeneración de éstos, daño a dientes próximos con posible pérdida de éstos, maloclusión y apiñamientos dentarios, fracturas patológicas de los maxilares.

A pesar de los posibles beneficios de la cirugía, no está exenta de complicaciones, entre las que podemos incluir y no en forma exhaustiva las estadísticamente más frecuentes:

- Hematoma y edema postoperatorio, especialmente los primeros días
- Hemorragia intra o postoperatoria.
- Dificultad para abrir la boca y/o posible afectación de la articulación temporomandibular (dolor, etc.) sobre todo en el postoperatorio temprano



- Infección postoperatoria, e incluso osteomielitis.
- Dolor postoperatorio.
- Dehiscencia de la sutura
- Laceraciones y/o heridas en mucosas, lengua o labios
- Hipoestesia o anestesia de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar. Parcial o total, temporal o permanente.
- Los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento e incluso la extracción.
- Aspiración o deglución de fragmentos dentales o dientes.
- Sinusitis, comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Fracturas de maxilares que podrían suponer la colocación de placas y tornillos (osteosíntesis) y un bloqueo intermaxilar (cierre de la boca mediante alambre)
- Recidiva de la lesión.
- Rotura de instrumentos.

Para la realización de este tratamiento es imprescindible mi colaboración tanto durante la intervención como en el postoperatorio, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados.

Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento

Además, en entrevista personal con el Dr. / Dra. he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener.

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones:

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

Enade.....de

Firma del paciente
(o su representante legal en caso de incapacidad).
D.N.I.

Firma del médico
Nº de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento

Firma del testigo (D.N.I.)