

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA PERIAPICAL Y APICECTOMÍA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía oral se hace necesaria para el tratamiento de muy diversos problemas y patologías de la cavidad oral. Entre dichas patologías se encuentran las lesiones periapicales y de los ápices radiculares (punta de la raíz) de los diversos dientes, para cuyo correcto tratamiento se hace necesaria la cirugía periapical. Como consecuencia de una caries, patología dental o un traumatismo dental se puede producir una necrosis de la pulpa, seguida de una infección crónica en la región apical o periapical de su raíz, que con el tiempo desarrolla un granuloma y en ocasiones quistes dentarios.

El paso inicial para tratamiento de estas lesiones suele ser la endodoncia (matar el nervio) del diente afectado, y en caso de fracaso de la misma, no resolución completa de la lesión o gran tamaño de la misma, se realiza normalmente la apicectomía de todas las raíces afectadas. La apicectomía es la extirpación del extremo final de una raíz dental, con limpieza de la cavidad residual y obturación/sellado de los conductos radiculares cuando ésta fuese incompleta.

La realización de esta intervención NO GARANTIZA la permanencia de la pieza dental en cuestión en su boca, siendo en ocasiones necesaria la extracción de la misma para solucionar el problema.

En casos indicados es necesaria la reconstrucción del lecho quirúrgico mediante injertos de hueso, u otros materiales sintéticos, con el fin de mejorar el pronóstico del tratamiento, y la viabilidad de los dientes tratados.

La intervención suele realizarse con anestesia local, pero en algunos casos debido a su tamaño, localización, o propios del paciente se realiza con anestesia general, con el riesgo inherente asociado a la misma. Los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Para la realización de este tratamiento es imprescindible la colaboración del paciente con una higiene oral muy escrupulosa y con visitas periódicas para control clínico y radiográfico, comprendiendo que cualquier falta de seguimiento de las mismas podrá provocar resultados inferiores a los esperados.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La realización de esta intervención intentará eliminar la inflamación crónica o infección que se está produciendo alrededor del ápice de una o varias piezas dentales. La eliminación de dicha infección alargará la vida de las piezas o dientes afectados, evitando si podemos controlarla tener que recurrir a exodoncias.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En caso de lesiones pequeñas, con endodoncias mejorables, podría ser una alternativa la reendodoncia (nueva endodoncia), con o sin apicectomía posteriormente según evolución.

Debido a la posibilidad de fracaso del tratamiento de la apicectomía, a pesar de estar correctamente realizado, otra opción sería la extracción de la pieza o piezas afectadas si el paciente no quiere intentar la apicectomía o la reendodoncia.

En su caso además:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Inflamación local, dolor variable, dificultades para la alimentación, apertura de la boca, habla, según los casos, durante aproximadamente 3-7 días.

En su caso:

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

1. Persistencia de las molestias, inflamaciones, dolor, etc. que motivan la consulta para la apicectomía.
2. Probable pérdida de la pieza o piezas dentales afectadas, desarrollo de abscesos, quistes, o extensión del problema a dientes o estructuras adyacentes.

Además, y en su caso particular el cirujano le hará constar los riesgos específicos en su caso:

RIESGOS FRECUENTES

1. Hematoma e hinchazón de la zona operada.
2. Hemorragia postoperatoria.
3. Apertura de los puntos de sutura.
4. Dolor.
5. Infección de los puntos de sutura.

En su caso:

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Daño a los dientes vecinos.- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
2. Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto en el lado operado).
3. Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
4. Infección de los tejidos o del hueso.
5. Sinusitis.
6. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
7. Fracturas óseas.
8. Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
9. Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes
10. Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA