

Nombre de la clínica:
Nombre del facultativo/a:
Nº de colegiado/a:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE RETRATAMIENTO QUIRÚRGICO O CIRUGÍA PERIAPICAL

Características del procedimiento:

¿En qué consiste?

Como consecuencia de diferentes patologías (caries, traumatismos dentarios...) se puede producir una necrosis de la pulpa, seguida de una infección crónica en la región apical o periapical de la raíz del diente, que con el tiempo puede desarrollar un granuloma y en ocasiones quistes dentarios que pueden persistir pese a realizar un tratamiento de endodoncia convencional. La cirugía periapical trata de eliminar estas lesiones y permitir la curación de los tejidos que rodean el diente.

¿Para qué sirve?

Es una intervención que se realiza en un diente endodonciado cuando persiste la sintomatología inflamatoria o en los controles posteriores permanecen lesiones radiolúcidas a nivel periapical, para tratar de conservar el diente en el lugar que ocupa en la arcada dentaria, manteniendo una función adecuada.

¿Cómo se hace?

Tras anestesiar localmente la zona, se realiza el despegamiento de la encía para tener acceso a la lesión. Luego se extirpa el extremo final de la raíz, se limpia el tejido inflamatorio localizado alrededor de la misma y, en ocasiones, se realiza la obturación de los conductos radiculares con un material adecuado. En algunos casos es necesaria la reconstrucción del lecho quirúrgico mediante injertos de hueso u otros materiales sintéticos con el fin de mejorar el pronóstico del tratamiento. Finalmente se dan puntos de sutura.

Riesgos y complicaciones:

Cualquier intervención en un paciente conlleva riesgos. La mayor parte de las veces no se presentan complicaciones, pero a veces sí, por lo que es importante que estas se conozcan. Las más frecuentes son:

A) Referidas al uso de anestésicos locales:

Interrupción de la función sensitiva (sensación de hormigueo) generalmente de forma temporal, ulceración en la mucosa, aparición de hematomas y alteraciones generalmente transitorias como bloqueo de la articulación temporomandibular, crisis vaso-vagal consistente en sudoración fría, sensación de mareo, bajada de tensión arterial e incluso lipotimia.

En el caso de existir alguna alergia conocida a los anestésicos debe avisar siempre al profesional. Si hubiera alguna alergia desconocida pueden producirse alteraciones del tipo urticaria, edema de glotis e incluso *shock* anafiláctico, que necesitarían otros medios de reanimación.

B) Referidas al tratamiento en sí:

- RIESGOS FRECUENTES: Inflamación local, dolor variable, dificultades para la ali-

mentación, apertura de la boca, habla, según los casos, durante aproximadamente 3-7 días. Hemorragia postoperatoria, apertura de los puntos de sutura, hematoma o infección de los puntos de sutura.

- **RIESGOS POCO FRECUENTES** (Cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos): Daño a los dientes vecinos. Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior). Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto en el lado operado). Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva. Infección de los tejidos o del hueso. Sinusitis. Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares. Fracturas óseas. Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas. Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes. Rotura de instrumentos. Rotura de la aguja de anestesia.

C) Referidas al futuro del tratamiento:

Es muy importante la colaboración del paciente mediante una higiene oral muy escrupulosa y visitas periódicas para controles clínicos y radiográficos. Puede producirse algún cambio en la posición de la encía con respecto al diente.

Si no se consiguiera el resultado esperado, podría ser necesaria la realización de una segunda cirugía periapical o bien la extracción del diente en cuestión para solucionar el problema.

Riesgos personalizados:

Se hará siempre una historia clínica de las enfermedades que afecten al paciente para comprobar la idoneidad de la cirugía periapical.

Información de su interés:

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento dental al que va a ser sometido y los riesgos y complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este tratamiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico que le atiende está capacitado y dispone de medios para tratar de resolverlas. Por favor, lea atentamente este documento y consulte con su dentista las dudas que pueda tener.

Alternativas al procedimiento:

La extracción del diente.

Versión del documento: 07/2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO – RETRATAMIENTO QUIRÚRGICO O CIRUGÍA PERIAPICAL

Para satisfacción de los **derechos del paciente**, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la ley 41/2002:

Yo, D/Dª como paciente, o D/Dª como su representante legal en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO:

Que el/la Dr/Dra me ha explicado, en términos asequibles, que necesito una **cirugía periapical** en el/los diente/s y me han sido expuesto los posibles riesgos generales contenidos en las hojas informativas adjuntas, publicadas por la Asociación Española de Endodoncia (AEDE), permitiéndome realizar todas las observaciones y preguntas para aclarar mis dudas.

Riesgos personalizados en su caso:

Consiento en que se tomen fotografías o registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del paciente.

Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** en que se me realice la **cirugía periapical**.

En a de de 20.... Hora: :

Firma del paciente:

Firma del profesional:

Fdo. D/Dª

Fdo. D/Dª

DNI nº:

DNI nº:

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de datos y la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos de que sus datos personales son objeto de tratamiento por parte de:

NOMBRE, CIF Y DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA

Dicho tratamiento está legitimado al resultar necesario para dar cumplimiento a las obligaciones legales derivadas del presente documento. Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición así como los de limitación y portabilidad dirigiéndose por escrito a la dirección postal anteriormente indicada o bien a través del correo electrónico

“He leído y comprendido la información y consentimiento que presto sobre el tratamiento de mis datos personales”.

Firma del paciente:

AEDE
Asociación Española de
ENDODONCIA

Fdo. D/D^a

DNI nº: