

## **Consentimiento informado para Cirugía de Cavitación ósea de los maxilares, biopsia y cuidados operatorios.**

La siguiente información es para tener su consentimiento informado para la cirugía sugerida. Cómo en cualquier procedimiento médico/quirúrgico hay riesgos, posibles complicaciones y resultados adversos/indeseados que necesita comprender. Tampoco puede haber garantía del resultado, sea resolución completa, parcial o incluso ninguna mejora.

### **Descripción de la cirugía:**

La cirugía propuesta consiste en realizar una incisión en el tejido gingival (encía) para acceder al hueso subyacente. Si hay dientes comprometidos, puede ser necesario o planificado extraer los siguientes dientes: # \_\_\_\_\_.

Se realizará curetaje del hueso y del área afectados y una muestra de este tejido será recolectada para realizar biopsia de acuerdo a la disponibilidad de esta y la determinación del cirujano.

Cualquier diente que sea marcado con un “?” es sujeto a posible extracción una vez que la cirugía esté en marcha y debe ser dejado a criterio del cirujano. Debe estar de acuerdo con esta condición, su dentista elegirá utilizar varias modalidades para lograr obtener la curación deseada, las que pueden incluir, pero no limitarse a: plasma rico en fibrina, plasma rico en plaquetas, irrigación con agua ozonizada, suero ozonizado, insuflación con ozono en gas e injertar el sitio operado para promover la curación ósea. Se pondrán suturas para cerrar la incisión. Los cuidados post-operatorios serán entregados y deben ser seguidos para favorecer el resultado.

Como alternativa a una intervención quirúrgica abierta, puede ser recomendado tratar la zona afectada con inyecciones de ozono/PRP/PRF o una combinación de ellas. Esto será evaluado previo a la cirugía. Los sitios considerados son: # \_\_\_\_\_.

### **Riesgos y complicaciones**

Debe saber y aceptar los riesgos asociados con este procedimiento como lo hay con cualquier otro procedimiento quirúrgico. Esto incluye, pero no está limitado a:

- 1.- Infección: el sitio afectado está frecuentemente infectado en algún grado previo a esta cirugía. La intervención para remover este tejido puede incluso exacerbar la infección subclínica a un estado activo resultando en fiebre, dolor, hinchazón, enrojecimiento y la potencial diseminación de la infección preexistente. Si esto ocurre debe llamar inmediatamente a la clínica para entregar nuevas instrucciones.
- 2.- Hemorragia/sangrado: es esperable un poco de sangrado y fluido del sitio intervenido a pesar de que esté cerrado con la sutura. Si continua significativamente posterior a las 24 horas, llame a la clínica.
- 3.- Adormecimiento/parestesia: Dependiendo del lugar intervenido de la cavitación, puede haber un riesgo de irritación o daño a nervios adyacentes. El trauma en un nervio puede resultar en

adormecimiento del labio, lengua, mejilla o encías. Esta sensación puede ser temporal (días, semanas o meses) o potencialmente durar para siempre y como resultado una permanente pérdida de la sensación, sensación alterada o sensación dolorosa de las áreas afectadas. El procedimiento se realizará con el máximo cuidado para evitar este resultado.

4.- Implicación del seno: Las cirugías del maxilar y dientes infectados pueden complicarse por la presencia del seno maxilar. Una comunicación preexistente con el hueso afectado, diente infectado o una comunicación creada por la extracción/curetaje del hueso infectado podría ser evidente. Esto es frecuentemente tratable para lograr cerrar la comunicación buco-sinusal en la misma cirugía, pero puede requerir una cirugía adicional más adelante, lo cual involucra un costo adicional.

5.- Sobre esfuerzo y disfunción de la articulación temporo-mandibular (ATM): las cirugías mandibulares como cualquier otra cirugía dental larga puede exacerbar una debilidad preexistente o forzar la ATM. Se hará el máximo esfuerzo para evitar realizar fuerza innecesaria y trauma a la articulación, pero podría eventualmente haber dolor subsecuente, hinchazón, ruido y tensión al abrir/cerrar la boca o al masticar. Esto se puede resolver con el tiempo o puede requerir una terapia adicional con un costo adicional.

Consentimiento: Comprendo que la práctica odontológica y la cirugía oral no son una ciencia exacta y mi propia capacidad de sanar es un factor de mi salud sistémica y adherencia a las instrucciones post-quirúrgicas. Comprendo que mis dolencias de salud, bucales y sistémicas pueden no ser evidentes inmediatamente y requerir semanas o incluso meses para determinar el resultado. Incluso, comprendiendo todo esto, en mi mayor interés deseo proceder con el tratamiento acordado. Entiendo los riesgos, me he respondido las preguntas pertinentes y han sido respondidas satisfactoriamente y estoy de acuerdo de adherirme a las instrucciones post-quirúrgicas recomendadas. Acepto estos riesgos.

Nombre:

Firma:

Fecha: