

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES:   
“INJERTO CORRECTIVO SUB EPITELIAL”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: ***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***

**Objetivos del procedimiento:**

Cubrir raíces expuestas y/o mejorar las condiciones de la encía.

**Descripción del procedimiento:**

Con anestesia local se realiza corte en la encía alrededor de la recesión. Se toma un trozo de tejido del paladar y se fija con puntos cubriendo la recesión.

**Riesgos del procedimiento:**

1. Dolor, hinchazón e infección. Para prevenir el dolor en el paladar consuma alimentos tibios evitando lo salado, ácido o dulce.

2. Sangrado. Para disminuir este riesgo es necesario que Usted haga reposo relativo (no deporte o fuerzas).

3. Pérdida de los puntos. Si esto ocurre, puede tener sangrado o perder el resultado logrado. Para prevenir esto debe consumir papillas o líquidos por 2 semanas a partir de la cirugía y no cepillarse la zona por el mismo tiempo. Además debe intentar gesticular lo menos posible.

4. Puede aparecer o aumentar la sensibilidad en los cuellos dentarios (con lo frío, caliente, dulce, ácido y al tacto). Este síntoma generalmente es transitorio y puede ser tratado.

5. Avísele a su Odontólogo todas las enfermedades sistémicas que tiene y los medicamentos que consume.

**Alternativas al procedimiento propuesto:**

1. Restauración con material de un color similar al diente.

2. Usar enjuagues y/o pastas de flúor y/o desensibilizantes.

3. En lugar de tomar tejido del paladar, comprar un injerto de origen animal.

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:**

1. Sensibilidad en los cuellos dentarios.
2. Caries en la zona.
3. Falta de estética.

**Mecanismo para solicitar más información:**

Si necesita más información consulte a su Odontólogo o al Jefe de Servicio Dental.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.