

## Análisis y consentimiento informado para dentadura(s) postiza(s)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

### Hechos que debe considerar

Los candidatos para aparatos protésicos han pedido algunos de sus dientes o todos. Las dentaduras están diseñadas para reemplazar dientes del maxilar superior o inferior. Se han abordado los siguientes tipos de dentaduras removibles:

1. La dentadura inmediata se coloca en el momento en el cual se extraen los dientes restantes que haya. Para hacer esto posible, se toman mediciones y modelos durante la visita preliminar. No obstante, los huesos y las encías pueden encogerse con el transcurso del tiempo, especialmente durante el período de curación en los primeros seis meses posteriores a la extracción de los dientes. Cuando las encías se encogen, podría ser necesario rehacer la base o el revestimiento de la dentadura inmediata para que se ajuste adecuadamente. La dentadura inmediata con frecuencia es temporal y requerirá un reemplazo.
2. La dentadura completa convencional se coloca en la boca después de que se hayan quitado todos los dientes y hayan sanado las zonas de las extracciones, lo cual ocurre entre seis y ocho semanas después de las extracciones típicas.
3. La dentadura parcial usualmente está formada por una estructura, dientes artificiales y material acrílico. Rellena los espacios generados por los dientes faltantes y evita el desplazamiento de los demás dientes.
4. La sobredentadura generalmente se apoya sobre una pequeña cantidad de dientes naturales restantes o implantes. La dentadura se coloca “sobre” los dientes o implantes. Los dientes naturales deben prepararse (se cambia su forma) para ajustarse a la sobredentadura y proporcionan estabilidad y sostén para la dentadura.

Opción(es) elegida(s): \_\_\_\_\_

*Se necesitan las iniciales del paciente*

\_\_\_\_\_ Comprendo que la estabilidad y retención de la(s) dentadura(s) depende de muchos factores, entre ellos la adhesión y el ajuste de la(s) dentadura(s) a los dientes naturales (si hubiera), la cantidad y el tipo de hueso, el tejido gingival y la saliva, además de mi habilidad para colocar y quitar la(s) dentadura(s).

\_\_\_\_\_ Al utilizar dientes naturales como apoyo, entiendo que mi dentista podría anestesiarse (insensibilizar) mis dientes y el tejido gingival que los rodea. Los dientes que actúan como apoyo podrían limarse a lo largo de la superficie de masticación y los costados para crear espacio para la(s) dentadura(s).

\_\_\_\_\_ Entiendo que mantener abierta mi boca durante el tratamiento podría dejarme una sensación temporal de irritación y rigidez en la mandíbula y que esto podría hacer que me sea difícil abrir mucho la boca durante varios días. Esto puede ser ocasionalmente una indicación de un problema mayor. Debo avisar a mi dentista si surge esta inquietud u otras. Este problema podría requerir otro tratamiento.

\_\_\_\_\_ Comprendo que podría haber irritación de las encías o incomodidad debajo de la(s) dentadura(s). El o la dentista puede aliviar esto mediante ajustes y tratamiento del tejido. Podrían necesitarse varias citas antes de que la(s) dentadura(s) se ajusten de forma cómoda.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la(s) nueva(s) dentadura(s) podrían sentirse rara(s) durante unas pocas semanas hasta que me acostumbre a ellas y que la(s) dentadura(s) podría(n) sentirse floja(s) mientras los músculos de mis mejillas y lengua aprenden a mantenerla(s) en su lugar.

\_\_\_\_\_ Comprendo que mi dentista hará su mejor esfuerzo por crear una apariencia natural para la(s) dentadura(s); no obstante, existe la posibilidad de que la(s) dentadura(s) no sostenga(n) mi labio y contornos faciales a la perfección o como lo habían hecho mis dientes naturales.

\_\_\_\_\_ Entiendo que comer con la(s) dentadura(s) requerirá práctica. Mi dentista me ha recomendado que comience con alimentos blandos cortados en trozos pequeños y que mastique lentamente, utilizando ambos lados de mi boca a la vez para evitar que la(s) dentadura(s) se incline(n). Comprendo que debo tener cuidado al comer alimentos gomosos, calientes o duros (por ejemplo, manzanas, palomitas de maíz, pasas de uva, dulces).

\_\_\_\_\_ Entiendo que podría requerir práctica para pronunciar ciertas palabras. Puedo practicar leyendo en voz alta y repitiendo las palabras problemáticas. A veces la(s) dentadura(s) se deslizarán cuando ría, tosa o sonría. Si muerdo suavemente o trago puedo volver a colocar la(s) dentadura(s) en su posición. Si persiste el problema del habla, llamaré a mi dentista para que me asesore.

\_\_\_\_\_ Al igual que los dientes naturales, entiendo que mi(s) dentadura(s) requiere(n) cepillado diario para retirar depósitos de alimentos y placa. Mi dentista me ha explicado cómo dar los mejores cuidados a mi(s) dentadura(s) y qué productos debo usar. Debo cepillar mis encías, lengua y paladar con un cepillo de cerdas suaves antes de utilizar mi(s) dentadura(s). Si no limpio ni cuido adecuadamente mi(s) dentadura(s), podría(n) mancharse, generar olor y afectar la forma en la cual saben los alimentos.

\_\_\_\_\_ Comprendo que cualquier ajuste o cambio que realice a mi(s) dentadura(s) puede comprometer la(s) dentadura(s) y generar irritación y llagas en las encías y mejillas. Si mi(s) dentadura(s) se suelta(n), astilla(n), quiebra(n) o rompe(n), contactaré a mi dentista de inmediato. El pegamento de venta libre para reparar una dentadura rota a menudo contiene sustancias químicas dañinas y no debería usarse en las dentaduras. Ajustar mi(s) dentadura(s) por mi cuenta está desaconsejado y podría generar cambios permanentes en la(s) dentadura(s) que afectarán la forma en la que se ajustan y funcionan. Esto también podría resultar en la necesidad de rehacer la dentadura, lo cual comprendo que correrá por mi cuenta.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo programar regularmente citas de atención con mi dentista para mantener la buena salud oral y asegurarme de que mi(s) dentadura(s) retenga(n) su ajuste y funcionamiento adecuado. Ni no lo hago, se podrían producir lesiones o daño a mi salud oral, lo que incluye las encías y el maxilar.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para garantizar el éxito de mi tratamiento, pero no se puede garantizar ese éxito.

**Beneficios de las dentaduras, no limitados a los siguientes:**

\_\_\_\_\_ Comprendo que se puede lograr una apariencia estética razonable.

\_\_\_\_\_ Con mi(s) nueva(s) dentadura(s), entiendo que mi función y habilidad para comer usualmente mejorará en comparación con estar desdentado (sin dientes).

**Riesgos de las dentaduras, no limitados a los siguientes:**

\_\_\_\_\_ Comprendo que hay posibles problemas como enfermedad periodontal (de las encías), fracturas de la porcelana, cambios oclusales (de la mordida), manchas y cambios de color, recesión gingival, incrustación de alimentos, caries, desgaste excesivo debido a rechinar o bruxismo o disfunción de la articulación temporomandibular (DCM).

\_\_\_\_\_ Entiendo que las dentaduras podrían tener características y posibles problemas como olor, astillado y desgaste, problemas de estabilidad y retención, cambios en la apariencia facial y de los labios y adaptación de la lengua y los labios para el habla correcta. Se podrían necesitar revestimientos periódicos dado que la encía y el hueso pueden cambiar con el transcurso del tiempo, las sensaciones orales pueden cambiar y la buena higiene oral es imprescindible.

\_\_\_\_\_ Comprendo que las dentaduras que no calzan correctamente pueden causar una irritación constante a lo largo de un período prolongado de tiempo y podrían contribuir al desarrollo de llagas. Si no utilizo mi(s) dentadura(s) durante un período largo de tiempo se podría afectar el ajuste de esta(s). Es posible que deban revestir nuevamente o cambiar mi(s) dentadura(s). Si mi(s) dentadura(s) comienza(n) a sentirse sueltas o causan una incomodidad pronunciada, contactaré a mi dentista.

\_\_\_\_\_ Entiendo que podría adormecerse un labio por efecto de la presión de la(s) dentadura(s) removible(s). Este problema requiere un ajuste selectivo y en casos raros podría necesitarse el reposicionamiento quirúrgico de un nervio.

\_\_\_\_\_ Comprendo que el borde de la(s) dentadura(s) por lo general está apoyado sobre la línea gingival, la cual está en un área propensa a irritación gingival, infección o caries. La higiene adecuada en el hogar, la dieta saludable y las limpiezas profesionales regulares son algunas de las medidas preventivas esenciales para controlar estos problemas.

**Consecuencias si no se realiza un tratamiento, no limitadas a las siguientes:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo decidir no hacer nada y mis dolencias actuales continuarán y podrían empeorar. Las opciones subsiguientes para la reparación de la dentición podrían tornarse más difíciles, costosas o no factibles.

\_\_\_\_\_ Comprendo que si no reemplazo los dientes faltantes, me arriesgo a tener una estética comprometida y al posible desplazamiento de los dientes adyacentes u opuestos hacia el/los

espacio(s) con el colapso consecuente de la integridad del arco. Eso también podría generar o exacerbar un problema en la articulación temporomandibular.

**Proceso del tratamiento:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que el siguiente cronograma representa una estimación del tratamiento propuesto por mi dentista. Es importante que tenga las citas manteniendo un seguimiento cercano del cronograma estimado o me arriesgo a comprometer el plan entero del tratamiento.

\_\_\_\_\_ Examen, color, selección de molde e impresión

Fecha est. de finalización: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Preparación de la boca, ajuste quirúrgico

Fecha est. de finalización: \_\_\_\_\_

Múltiples impresiones, bandejas a medida

Fecha est. de finalización: \_\_\_\_\_

Ajuste de prueba con modelo de cera

Fecha est. de finalización: \_\_\_\_\_

Ajuste y entrega

Fecha est. de finalización: \_\_\_\_\_

**Alternativas a las dentaduras, no limitadas a las siguientes:**

\_\_\_\_\_ Comprendo que según la razón por la cual soy candidato/a para una dentadura, podrían haber alternativas, las que incluyen el uso de implantes dentales para sostener la dentadura. Le he preguntado a mi dentista sobre las alternativas y sus respectivos costos. Han respondido satisfactoriamente a mis preguntas relacionadas con los procedimientos y sus riesgos, beneficios y costos.

**Alternativas abordadas:** \_\_\_\_\_

Nadie me ha garantizado ni asegurado que el tratamiento propuesto curará o mejorará la(s) condición(es) indicada(s) anteriormente. Han respondido a mis preguntas satisfactoriamente.

**Marque las casillas a continuación que se aplican a su caso:**

**Consentimiento**

- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos sustanciales y beneficios del tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi condición.
- Certifico que he leído y comprendo la información anterior, que entiendo las explicaciones a las cuales se hace referencia, que han respondido a mis preguntas y que se han llenado los espacios en blanco que debía completar o en los que debía colocar información. Autorizo e instruyo al/a la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ a hacer lo que considere necesario y aconsejable en virtud de las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para que me realicen el tratamiento mencionado anteriormente.
- Aunque el tratamiento podría no estar cubierto por mi seguro médico o dental, acepto cualquier responsabilidad económica por este tratamiento y lo autorizo.

**o**

**Rechazo**

- Me niego a dar mi consentimiento para el/los tratamiento(s) propuesto(s) descrito(s) anteriormente y comprendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante del paciente

Fecha

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha

Doy fe de que he abordado los riesgos, los beneficios, las consecuencias y las alternativas del tratamiento anterior con \_\_\_\_\_ (Paciente o representante del paciente) y que él o ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Creo que el paciente comprende lo que se le ha explicado y da su consentimiento para el tratamiento indicado anteriormente o lo rechaza.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

Fecha