

Análisis y consentimiento informado para restauración(s) fijada(s) sobre implante(s)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Naturaleza de la restauración con implante

Las restauraciones fijadas a implantes pueden reemplazar dientes faltantes. Se diferencian de las restauraciones convencionales en que se fijan a implantes dentales en lugar de dientes naturales. El uso de implantes dentales permite que se puedan reemplazar los dientes faltantes con coronas, puentes fijos o dentaduras que se sostienen o mantienen gracias a su unión con el/los implante(s).

Me han recomendado que reciba la(s) siguiente(s) restauración(es) fijada(s) a implante(s):

- Corona única sobre el implante en la posición del diente n.º _____
- Puente fijo sobre los implantes en la posición de los dientes n.º _____
- Dentadura(s) parcial(es) removible(s) retenida(s) por implante(s) que reemplaza(n) los dientes n.º _____
- Dentadura(s) total(es) removible(s) retenida(s) por implante(s) que reemplaza(n) los dientes n.º _____
- Otra: _____

Esta recomendación se basa en una o más exámenes visuales, en radiografías, modelos, fotografías y otras pruebas diagnósticas que puedan haberse realizado y en el conocimiento de mi doctor/a de mi historial médico y dental. También se han considerado mis necesidades y deseos para el tratamiento. El pronóstico o la probabilidad de éxito de este procedimiento es

No obstante, entiendo que no me han dado ninguna garantía ni aseguramiento de que este tratamiento tenga éxito o dure una cantidad determinada de tiempo.

Se necesitan las iniciales del paciente:

_____ Entiendo que después de que se haya completado la colocación quirúrgica de el/los implante(s) y esté(n) curados, comienza la construcción de la prótesis o las coronas. Esto podría requerir varias citas para evaluación, medición, preparación de la encía y colocación.

Riesgos, no limitados a los siguientes:

_____ Comprendo que las prótesis fijas son restauraciones o reemplazos personalizados de mis dientes faltantes que se cementan al/a los implante(s). Entiendo que los posibles problemas con las prótesis fijas, las que incluyen implantes, son los mismos que con mis dientes reales, como enfermedad periodontal (de las encías), fracturas de la porcelana, cambios oclusales, cambios de color, incrustación de alimentos, desgaste excesivo debido a rechinar o bruxismo o disfunción de la articulación temporomandibular (DCM) y otros.

_____ Comprendo que la nueva prótesis podría ser *removible* por el dentista, pero no por el paciente o podría ser *removible* por el paciente. En cualquiera de las dos circunstancias, la prótesis tendrá riesgos, beneficios y consecuencias similares a las de las prótesis removibles descritas anteriormente (que he abordado con mi dentista). En caso de que esté anclada a un implante integrado en mi hueso, este tipo de aparato protésico removible funcionará más como mis dientes naturales.

_____ Entiendo que mi(s) implante(s) podría(n) no integrarse completamente (fusionarse al hueso) después de la cirugía aunque parezca(n) estar integrado(s) después de que haya finalizado la curación. Comprendo que si se debe quitar un implante individual, la prótesis puede retenerse, pero *se apoyará en una menor cantidad de implantes* y, en consecuencia, generará una carga mayor sobre los implantes restantes, lo cual puede tener *consecuencias adversas*. El éxito de la prótesis depende de muchos factores, los que incluyen la ubicación, el ángulo y la cantidad de implantes retenidos.

_____ Comprendo que a veces los implantes fracasan por completo y deben quitarse, lo que requiere un cambio en las consideraciones del tratamiento y la fabricación de una prótesis convencional en su lugar. Si esto sucediera, podría haber menos hueso que el que había antes de la cirugía de implante.

_____ Entiendo que cuando la osteointegración (el hueso crece alrededor del implante) es exitosa, el implante sostiene una prótesis firmemente anclada con una función suficiente; no obstante, la apariencia deseada podría ser difícil de lograr. He abordado este tema y estoy dispuesto/a a trabajar con mi dentista para lograr un resultado realista.

_____ Comprendo que después de una cirugía de implante y de la colocación de la prótesis, podría haber inflamación del tejido gingival alrededor de los pilares y algo de crecimiento de tejido excesivo o recesión. Algunas situaciones podrían requerir alteración o refinamiento quirúrgicos del tejido.

_____ Entiendo que podría haber una pérdida progresiva de la altura del hueso alrededor del implante durante la vida útil del mismo que podría afectar en última instancia a la prótesis.

b. Beneficios, no limitados a los siguientes:

_____ Entiendo que se puede alcanzar una apariencia estética razonable de mis áreas edéntulas (sin dientes) y se puede mejorar mi habilidad para masticar.

c. Consecuencias, no limitadas a las siguientes:

_____ Comprendo que es esencial que mantenga una excelente higiene oral, lo cual podría no ser fácil de lograr. Estoy comprometido/a a realizar de por vida una limpieza regular en el hogar y visitas periódicas de higiene dental profesional. Habrá espacio para limpiar alrededor de los implantes, pero podría resultarme difícil hasta que adquiera habilidad para hacerlo.

_____ Comprendo que fumar, consumir alcohol en exceso y masticar alimentos duros como hielo o caramelos duros podría generar daños en mis implantes y puede hacer que fracasen o los pierda. Entiendo que una condición médica puede comprometer el resultado a largo plazo de un implante.

_____ Comprendo que podría tener una sensación rara con la nueva prótesis. Podría parecer que el/los pilar(es) está(n) en lugares donde me resulta difícil adaptarse y podría costarme hablar hasta que me acostumbre a la nueva prótesis.

Alternativas a la restauración con implante:

Según la condición de mi boca y mi diagnóstico actual, podrían haber otras alternativas de tratamiento al reemplazo de dientes fijado a un implante. Entiendo que las posibles alternativas a una prótesis fijada a un implante podrían ser:

Reemplazo del diente o de los dientes faltantes con un puente fijo apoyado en los dientes. Los dientes naturales que están a los costados del espacio donde falta un diente se utilizan para sostener un puente, el cual se cementa en su

lugar y no se puede quitar. Este procedimiento requiere perforar los dientes naturales para darles forma con el fin de que sostengan el puente fijo.

Reemplazo del diente o de los dientes faltantes con una dentadura total o parcial removible. Las dentaduras parciales y totales se quitan de la boca para su limpieza. Las dentaduras no detienen la pérdida de hueso y podrían requerir más atención en el futuro.

Ningún tratamiento. Podría decidir no reemplazar el diente o los dientes faltantes. Si decido no realizarme ningún tratamiento, mis dientes podrían desplazarse con el transcurso del tiempo, lo que causaría problemas al masticar o con las encías.

_____ Entiendo que la colocación de implantes y la realización de los dispositivos prostéticos compatibles son dos tratamientos separados con gastos separados. Comprendo que además de los riesgos y las complicaciones asociadas con los implantes y las prótesis, podrían surgir ciertas complicaciones por el uso de anestesia o sedantes. Me explicarán los riesgos, los beneficios y las alternativas relacionadas con la anestesia e informaré sobre cualquier alergia que tenga porque podría afectar mi respuesta a la anestesia.

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