

Análisis y consentimiento informado para frentes estéticos

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento y número(s) de diente(s): _____

Hechos que debe considerar

Se necesitan las iniciales del paciente

_____ Los frentes estéticos dentales (denominados a veces frentes estéticos de porcelana o láminas de porcelana dental) son revestimientos hechos a medida de material del color del diente. Estos revestimientos se adhieren (con pegamento o cemento) al frente de los dientes, cambiando su color, forma, tamaño o longitud. Los frentes estéticos no cubren ni rodean el diente entero.

_____ El tratamiento de colocación de un frente estético anterior (diente frontal) implica quitar la estructura del diente, pero menos que la preparación de una corona completa. Sin embargo, el proceso es irreversible porque se debe quitar parte del esmalte del diente para brindar un espacio adecuado para el revestimiento y el cemento.

_____ La restauración de un diente con un frente estético podría requerir dos fases: 1) preparación del diente, realización de una impresión o molde (que se utiliza para la fabricación del frente estético final), envío de ese molde a un laboratorio dental, posterior construcción y cementación temporal de un frente estético (interino) o en algunos casos el uso de CAD-CAM (escaneo asistido por computadora del arco dental y diente para fabricar la corona) y 2) remoción del frente estético temporal (interino) (no es necesario en casos de CAD-CAM), ajuste y cementación del frente estético permanente después de haber verificado y aceptado la estética y función.

_____ Una vez que se haya colocado un frente estético (interino), es crucial regresar para que se coloque el frente estético permanente, dado que el frente estético temporal no está diseñado para funcionar como el frente estético permanente. Si se rompe el frente estético temporal, se suelta o si el diente es incómodo, debería informarse al dentista de inmediato. Si no se reemplaza el frente estético temporal (interino) con el frente estético permanente, se podrían producir caries, enfermedad periodontal, infecciones, problemas con la mordida y pérdida de uno o más dientes. En caso de que se fabriquen coronas con CAD-CAM, no se podrá utilizar un frente estético temporal.

Beneficios de los frentes estéticos, no limitados a los siguientes:

_____ El frente estético por lo general se usa para dientes que están descoloridos debido a un tratamiento de conducto anterior, a manchas de la tetraciclina utilizada u otros medicamentos, como exceso de flúor, o la presencia de empastes grandes de resina. Los frentes estéticos protegen a los dientes que están desgastados, astillados o rotos sin tener que tratar al diente entero.

_____ También se puede usar el frente por motivos estéticos para reparar dientes que estén un poco desalineados, desaparejos o tengan formas irregulares y para cerrar algunos espacios entre los dientes que aparecen como separaciones.

Riesgos de los frentes estéticos, no limitados a los siguientes:

- _____ Comprendo que preparar un diente para un frente estético consistirá en quitar el esmalte de la superficie de los dientes involucrados. Esta preparación podría irritar el tejido nervioso (llamado la pulpa) en el centro del diente, lo cual dejaría al diente sensible al calor, al frío o a la presión. Los dientes continuamente sensibles podrían requerir un tratamiento adicional que incluye endodoncia (tratamiento de conducto).
- _____ Entiendo que mantener abierta mi boca durante el tratamiento podría dejarme una sensación temporal de dolor y rigidez en la mandíbula y que esto podría hacer que me sea difícil abrir mucho la boca durante varios días, lo que se conoce a veces como trismo. No obstante, esto puede ser ocasionalmente una indicación de una condición o un problema significativo. En caso de que esto ocurra, debo notificar a este consultorio si sufro un trismo persistente o surgen otras preocupaciones similares.
- _____ Comprendo que los frentes estéticos usualmente no se pueden reparar si se astillas o quiebran. Se podría necesitar una corona de cobertura total si se cambia posteriormente el frente estético.
- _____ Entiendo que los frentes estéticos podrían no coincidir exactamente con el color de mis otros dientes y que el color del/de los frente(s) estético(s) no puede modificarse una vez que está(n) colocado(s).
- _____ Comprendo que aunque sea poco probable, los frentes estéticos pueden desplazarse y caerse. Para minimizar la probabilidad de que ocurra esto, no debería mordirme las uñas, morder lápices, hielo u otros objetos duros ni presionar de otra forma mis dientes. Además, rechinar o apretar los dientes podría hacer que se desplace el frente estético. En ese caso podrían ofrecerme un tratamiento adicional, como un protector de mordida (nocturno).
- _____ Entiendo que el frente estético se colocará cerca de la línea gingival, la cual está en un área propensa a irritación gingival, infección o caries. El cepillado y el uso de hilo dental adecuados, la dieta saludable y las limpiezas profesionales regulares son algunas de las medidas preventivas que son esenciales para ayudar a controlar estos problemas.
- _____ Comprendo que hay un riesgo de aspirar (inhalar) o tragar el frente estético durante el tratamiento.
- _____ Entiendo que podría recibir una anestesia local u otra medicación. En casos raros, los pacientes podrían tener una reacción a la anestesia, lo cual podría requerir atención médica de emergencia, o podrían notar que reduce su habilidad de controlar la deglución, lo cual puede aumentar la probabilidad de tragar objetos extraños durante el tratamiento. **Según la anestesia y los medicamentos que se administren, podría necesitar un conductor designado para que me lleve a casa.** En casos excepcionales, se puede producir una lesión temporal o permanente del nervio por una inyección, lo cual causaría el adormecimiento de labios, lengua, mejillas, mentón o encías.
- _____ Comprendo que TODOS los medicamentos tienen el potencial de riesgos inherentes, efectos secundarios e interacciones entre medicamentos. Por lo tanto, es crucial que informe a mi dentista todos los medicamentos y suplementos que estoy tomando en la actualidad, los cuales son: _____
- _____ Entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para garantizar el éxito de mi tratamiento.

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

_____ Comprendo que si no se realiza ningún tratamiento, podría continuar sufriendo las condiciones que abordaría el frente estético, las cuales podrían incrementar su gravedad, y la apariencia estética de mis dientes podría deteriorarse.

Alternativas a los frentes estéticos, no limitadas a las siguientes:

_____ Comprendo que según la razón por la cual decido que me coloquen un frente estético, podrían haber alternativas que incluyen restauraciones de cobertura total (coronas) u ortodoncia para alinear los dientes. Le he preguntado a mi dentista sobre ellas y sus respectivos [costos] beneficios, riesgos, ventajas y desventajas. Han respondido satisfactoriamente a mis preguntas relacionadas con los procedimientos y sus riesgos, beneficios, alternativas y costos.

Alternativas abordadas: _____

Nadie me ha garantizado ni asegurado que el tratamiento o la cirugía propuesta curará o mejorará la(s) condición(es) indicada(s) anteriormente.

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