

**CONSENTIMIENTO INFORMADO para RESTAURACIÓN SOBRE IMPLANTES**  
**Rev. 03/2018**

**NATURALEZA DE LA RESTAURACIÓN SOBRE IMPLANTES**

Las restauraciones con implantes pueden reemplazar los dientes que faltan. Se diferencian de las restauraciones convencionales en que están soportadas por implantes dentales y no por dientes naturales. El uso de implantes dentales permite a los dientes que faltan ser reemplazados con coronas, puentes fijos y/o dentaduras que se soportan o retienen con su fijación a los implantes.

**ME HA SIDO RECOMENDADO QUE ME SOMETA A UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES RESTAURACIONES SOBRE IMPLANTES:**

Corona individual en implante, puente fijo en implante, dentadura parcial postiza removible sobre implante, dentadura completa sobre implante.

**Esta recomendación se basa en exámenes visuales, en radiografías, modelos, fotos y otras pruebas de diagnóstico tomadas y en el conocimiento de mi médico sobre mis historiales médico y dental.** Las necesidades de mi tratamiento y mis deseos también han sido tenidos en cuenta. Entiendo que se me han ofrecido ninguna garantía o seguridad de que este tratamiento sea exitoso, o de que los efectos vayan a durar por un tiempo determinado.

Entiendo que una vez que la colocación quirúrgica de los implantes sea completa y se curen, comenzaría la construcción de las prótesis y/o las coronas. Es posible que esta fase requiera de varias citas para evaluar, medir, preparar las encías y colocar las prótesis.

**RIESGOS DE LA RESTAURACIÓN SOBRE IMPLANTES, ENTRE OTROS:**

Entiendo que las prótesis fijas son restauraciones o reemplazos personalizados de dientes perdidos que están cementados al implante. Entiendo que los problemas potenciales con las prótesis fijas, incluidos los implantes, son los mismos que con mis dientes reales, como enfermedad periodontal (de las encías), fracturas de porcelana, cambios oclusales, cambios de color, impacto de los alimentos, desgaste excesivo debido al rechamamiento y bruxismo de los dientes, o disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ), TAAJD, etc.

Entiendo que la nueva prótesis podría ser de las que tienen que ser removidas únicamente por el dentista y no por el paciente, o del tipo que también pueda ser removida por el propio paciente. En ambos casos, la prótesis tendrá riesgos, beneficios y consecuencias similares a la prótesis descrita anteriormente (lo cual ya he revisado con el dentista). Si la prótesis estuviera anclada a un implante integrado a mi hueso, este tipo de prótesis removible funcionará de manera similar a la de mis dientes naturales.

Entiendo que podría ser que mis implantes no se integraran totalmente después de la cirugía, aunque parezca que se hayan integrado después de la cicatrización. Entiendo que si un implante individual debe ser extraído, podrá retenerse la prótesis, pero esta quedará apoyada sobre una *menor cantidad de implantes* y por lo tanto habrá una carga mayor sobre los implantes restantes, lo que podría provocar consecuencias adversas. El éxito de la prótesis depende de muchos factores, incluyendo la ubicación, el ángulo y el número de implantes retenidos.

Entiendo que a veces los implantes fracasan por completo y deberán ser removidos, y se requerirá un cambio en el tratamiento y la fabricación de una prótesis convencional para reemplazarlos. Si eso llegase a suceder, tal vez haya menos hueso del que había antes de la operación.

Entiendo que cuando la integración ósea tiene éxito (el hueso crece alrededor del implante), el implante sostiene la prótesis firmemente anclada con función suficiente; sin embargo, quizás sea difícil alcanzar la apariencia deseada. He discutido esto ya con mi dentista y estoy dispuesto a trabajar con él para lograr un mejor resultado.

Entiendo que después de la cirugía de implante y la colocación de la/las prótesis, es posible que haya inflamación de la encía alrededor de los postes y quizás haya un crecimiento o recesión excesivos del tejido. Algunas situaciones podrían requerir la alteración quirúrgica del tejido.

Entiendo que podría darse la pérdida progresiva de la altura del hueso alrededor del implante, durante la vida útil del mismo, y que finalmente esto podrá afectar a la prótesis.

Entiendo que el mantener la boca abierta durante el tratamiento puede causar cierta rigidez y dolor en mi mandíbula y provocar dificultades para abrir bien la boca durante varios días, lo que algunas veces se denomina trismo. Sin embargo, en ocasiones esto puede ser una indicación de algún otro problema. En el caso de que esto ocurra, debo notificar al consultorio dental si experimento trismo persistente o si surge algún otro problema similar.

Entiendo que toda la medicación en esta clínica dental tiene el potencial de producir riesgos, efectos secundarios y reacciones adversas. Pueden causar enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picor, vómitos y/o choque anafiláctico. Confirmando que, según entiendo, se me ha facilitado un informe acertado de mi historial de salud mental y física. También he informado de cualquier alergia o reacción inusual a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestesia, polen, polvo, enfermedades corporales o de la sangre, reacciones en piel o encías, sangrado anormal o cualquier otra condición previa relacionada con mi salud.

Entiendo que recibiré un anestésico local mediante una inyección y/u otras medicaciones. Entiendo que podría presentarse un adormecimiento de los dientes, labios, lengua y tejido colindante (parestesia) después de las inyecciones. En raras ocasiones, los pacientes pueden sufrir una reacción fuerte e impredecible al anestésico, lo cual puede requerir atención médica de emergencia. La medicación puede afectar la capacidad de controlar la deglución. Esto aumenta las probabilidades de ingerir objetos extraños durante el tratamiento. *Dependiendo de la anestesia y de los medicamentos administrados, es posible que necesite que un conductor designado me lleve en automóvil hasta mi casa. Rara vez, como resultado de una inyección, puede haber una lesión nerviosa, temporal o permanente, que derive en la pérdida de sensibilidad en el mentón, los labios, las encías, la lengua y en una pérdida parcial del sentido del gusto.*

#### **BENEFICIOS DE LA RESTAURACIÓN SOBRE IMPLANTES, ENTRE OTROS:**

Entiendo que se puede alcanzar una apariencia estética razonable en el área desdentada y también mi habilidad de masticar puede ser mejorada.

#### **CONSECUENCIAS, ENTRE OTRAS:**

Entiendo que es esencial mantener una higiene oral excelente, la cual posiblemente no sea fácil de lograr. Me comprometo a cumplir un plan de limpieza regular en mi hogar y acudir a las visitas periódicas para recibir tratamientos de higiene dental profesional por el resto de mi vida. Habrá espacio suficiente para limpiar alrededor de los implantes, pero podría resultarme difícil hacerlo hasta que aprenda cómo.

Entiendo que fumar, consumir bebidas alcohólicas en exceso y masticar alimentos duros como hielo o caramelos puede dañar los implantes y caerse o perderse. Entiendo que un problema de salud puede afectar la vida de un implante.

Entiendo que puedo sentir cierta incomodidad con el nuevo implante. Podría parecer que los postes del implante están en lugares difíciles de acomodarse, y es posible que mi pronunciación se vea afectada hasta que me acostumbre a la nueva prótesis.

#### **ALTERNATIVAS A LA RESTAURACIÓN SOBRE IMPLANTES:**

Dependiendo de la condición de mi boca y mi diagnóstico actual, puede haber otras alternativas de tratamiento para la restauración sobre implantes. Entiendo que las posibles alternativas a una restauración sobre implantes pueden ser: **Reemplazo de los dientes faltantes por un puente fijo sobre dientes.** Los dientes naturales junto al espacio de los dientes faltantes son utilizados para sostener un puente, que se cementa en el sitio y no se puede quitar. Este procedimiento requiere taladrar el diente natural y darle la forma necesaria para que soporten el puente fijo. **Reemplazo de los dientes faltantes con una dentadura postiza, parcial o completa, removible.** Las dentaduras parciales y completas se retiran de la boca para su limpieza. Las dentaduras no detienen la pérdida de hueso y pueden requerir atención en el futuro. **No someterse al**

**tratamiento.** Podría decidir no reemplazar los dientes que me faltan. Si decido no someterme al tratamiento, mis dientes podrían moverse con el tiempo, causándome problemas para masticar.

Entiendo que la colocación de implantes y la fabricación de prótesis compatibles son dos tratamientos con costos, riesgos y beneficios separados. Entiendo que, además de los riesgos y complicaciones asociados con implantes y prótesis, también pudieran aparecer ciertas complicaciones asociadas con el uso de anestésicos y sedativos. Los riesgos, beneficios y alternativas en relación a la anestesia me serán explicados y yo informaré de cualquier alergia que padezca, ya que esto pudiera afectar mi reacción a la anestesia.

#### **PARA TODOS LOS PACIENTES**

Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente.

Entiendo que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir procedimientos, según las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no hayan sido detectadas durante el examen. El dentista explicará todos los cambios.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de la restauración sobre implantes y creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento tal como se refleja a continuación.

#### **CONSENTIMIENTO**

He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios, y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita, que he entendido las explicaciones al respecto, y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizo el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.