

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE IMPLANTES DENTALES

Este es un documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial para ayudar a su cirujano a informarle sobre los posibles riesgos y beneficios de la COLOCACIÓN DE IMPLANTES DENTALES.

Según la Legislación Española usted tiene el derecho a ser informado acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento, posibles alternativas, y beneficios y riesgos asociados a las mismas. Es importante que lea la siguiente información de forma cuidadosa y completa, y consulte las dudas que pueda tener, antes de firmar el documento.

El propósito de la intervención es procurar restaurar la pérdida de uno o varios dientes mediante la colocación de una prótesis fija o removible conectada a los implantes dentales. He sido informado de planes alternativos de tratamiento mediante la utilización de prótesis convencionales.

Los implantes dentales son unas estructuras de metal con forma de tornillo que se introducen en una primera intervención dentro del hueso realizando un agujero en el mismo; tras un período de espera variable se realiza una segunda pequeña intervención consistente en la conexión del implante a la prótesis.

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Molestias, hematomas e inflamación postoperatoria, durante los primeros días.
- Sangrado.
- Infección postoperatoria, que requiera tratamiento posterior.
- Lesión de raíces de dientes adyacentes.
- Lesión nerviosa que provoque falta de sensibilidad parcial o completa del labio inferior y superior, mentón, dientes, encía o de la lengua, que suele ser transitoria y excepcionalmente permanente.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
- Aspiración o tragado de algún instrumento quirúrgico de pequeño tamaño o del propio implante.
- Desplazamiento del implante a las estructuras vecinas.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores. Una inadecuada higiene de la boca aumenta de igual manera las posibilidades de complicaciones tanto infecciosas como de osteointegración.
- Apertura de los puntos de sutura y exposición del implante.
- Falta de integración del implante con el hueso que le rodea, con la consiguiente pérdida precoz o tardía del/los implantes, y la posible modificación de la prótesis planificada.
- Imposibilidad de colocar un implante en la localización prevista, por las características del hueso remanente, no necesitándose en muchos casos su retirada.
- En casos excepcionales, con atrofia importante ósea, puede producirse una fractura mandibular, que requiera más tarde tratamiento.
- Fractura del implante o de algún componente de la prótesis.
- Complicaciones inherentes a la prótesis dental: no cumplimiento de las expectativas estéticas, dificultad para el habla, acúmulo de comida, etc.

Riesgos específicos en su caso

.....

La intervención puede realizarse con ANESTESIA GENERAL o mediante ANESTESIA LOCAL CON O SIN SEDACIÓN con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesista; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además en conversación personal con mi cirujano he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.

Yo, D/Doña.
.....
(nombre y apellidos, a mano, o pegatina del centro sanitario)

COMO PACIENTE (o su representante legal), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado.....
.....

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....
.....
.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En.....a.....de.....de.....

Firma del paciente
(o su representante legal
en caso de incapacidad)
D.N.I.

Firma del médico responsable
Nombre y N° de colegiado
Dr. Joel Joshi Otero MD, PhD.
Cirugía Oral y Maxilofacial
Fellow Europeo de cirugía plástica facial
FEACMFS
Col 284619581

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
Firma del testigo. D.N.I.