

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE ELEVACIÓN SINUSAL

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D/D^a _____ con DNI _____ como paciente (en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre o tutor _____), ha sido informado/a por el Dr/Dra _____ Col nº _____ de _____. Sobre los procedimientos clínicos de cirugía de elevación sinusal, que constan en el plan del tratamiento propuesto.

Los procedimientos de cirugía de elevación sinusal van dirigidos básicamente a interponer entre el seno maxilar y la cavidad oral una cantidad de hueso suficiente que nos permita insertar, con mayores posibilidades de éxito, implantes osteointegrables. La técnica consiste en acceder al seno maxilar a través de una incisión realizada en la cavidad oral y una ventana practicada en el hueso maxilar. Una vez en el seno se procede a despegar y levantar su mucosa y a introducir, si procede, algún material de relleno óseo. En el mismo acto quirúrgico se pueden colocar implantes osteointegrables o no. Muy raramente se precisan procedimientos de fijación u osteosíntesis externos como placas, mallas o tornillos. Posteriormente se sutura la zona.

Este procedimiento está indicado para el problema que tiene el/la paciente, consistente en una insuficiente cantidad de hueso en la zona del seno maxilar para permitir la inserción de implantes osteointegrables.

Se han sopesado y descartado por distintos motivos, de los que ha sido informado/a, otros procedimientos terapéuticos alternativos como: _____

El/la paciente ha sido informado/a y conoce los riesgos estadísticamente frecuentes que puede comportar este tratamiento:

- Riesgos propios de la inyección de anestesia local: posibles hipersensibilidades al anestésico difícilmente previsibles, anestесias prolongadas, daños locales por la punción, etc.
- Riesgo de inflamación y dolor en la zona tratada debido al procedimiento quirúrgico.
- Riesgo de hemorragia y aparición de hematomas en la zona o áreas adyacentes.
- Riesgo de dehiscencia (separación) de las suturas empleadas.
- Riesgo de que se produzcan pequeños daños en las zonas próximas a las tratadas debido a la manipulación y separación de tejidos propios de la cirugía, en especial desgarros de la mucosa sinusal y rotura de la cortical ósea (que obligaría a utilizar otros procedimientos de cierre del seno maxilar).
- Riesgo de sobreinfección de las heridas quirúrgicas por los gérmenes bucales.
- Riesgo de pérdida de sensibilidad, temporal o no, en la zona tratada por los daños producidos a las pequeñas terminaciones nerviosas.
- Complicaciones infrecuentes propias del procedimiento quirúrgico de elevación sinusal: aparición de sinusitis aguda o crónica (que en ocasiones puede obligar a la reintervención), comunicación orosinusal (que sería indicación de nueva cirugía), alergia a los materiales de relleno utilizados no provenientes del paciente (hueso liofilizado, hidroxapatita de origen animal, etc.) y colección hemática persistente en seno maxilar (que obligaría a su drenaje).
- Riesgos y complicaciones debidas a los procedimientos de injertos de hueso autólogos (del propio paciente) en caso de utilizarse. La zona donante de hueso puede sufrir complicaciones propias de la extracción de dicho hueso: dolor, inflamación, etc.

Asimismo, el Sr/Sra. _____ por sus especiales condiciones personales (_____), puede presentar riesgos añadidos en:

El paciente también ha sido informado de que debe seguir los consejos y pautas de tratamiento dados por el profesional y que deberá consultar cualquier eventualidad que ocurra y que le parezca anormal. Además, debe seguir meticulosamente las instrucciones sobre higiene del implante y de la prótesis y acudir a las revisiones periódicas acordadas con el profesional, al menos cada seis meses, y siempre que tenga cualquier molestia o duda sobre el tratamiento.

Yo, D/Dña. _____ como paciente (y si procede D/Dña. _____ como padre, madre o tutor), he sido informado/a por el Dr/Dra. _____.

Comprendo el alcance y el significado de dicha información, y consiento en someterme a los procedimientos quirúrgicos implantológicos incluidos en el plan de tratamiento. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Lugar y fecha:

El Paciente,
(Padre, madre o tutor, en caso necesario).

El Odontostomatólogo informante.

Sociedad Española de Implantes

Testigos (si procede).