

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTOLOGÍA

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 Implantología oral, que constan en
el plan de tratamiento que previamente he aceptado.

Los procedimientos propios de la implantología oral van dirigidos básicamente a la sustitución de alguna/as raíces dentarias perdidas para que sirvan de soporte a algún tipo de rehabilitación protésica. Ello implica la invasión y manipulación mecánica del medio interno del organismo: incisión y despegamiento gingival, preparación en el hueso, colocación del implante y sutura. Según el tipo de implante y la situación del paciente existen variaciones técnicas que pueden significar tener que dejar en reposo el implante durante un tiempo. Posteriormente se vuelve a acceder al implante a través de la encía y se acoplan los accesorios protésicos necesarios para la confección y colocación de la prótesis.

Este procedimiento está indicado para el problema que tiene el/la paciente, consistente en:

_____.

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.
- Riesgos intrínsecos a los procedimientos quirúrgicos: dolor, inflamación, hemorragia y aparición de hematomas en la zona o áreas adyacentes, dehiscencia (separación) de las suturas empleadas, pequeños daños en las zonas próximas a las tratadas debido a la manipulación y separación de tejidos propios de la cirugía, sobreinfección de las heridas quirúrgicas por los gérmenes bucales, pérdida de sensibilidad, temporal o permanente, en la zona tratada por los daños producidos a las pequeñas terminaciones nerviosas, incluso dolores neurálgicos crónicos (dolores sin causa evidente y de difícil tratamiento) de forma excepcional, etc.
- Riesgo de dañar las raíces dentarias adyacentes.
- Riesgo de fracaso en la integración ósea de los implantes. En ocasiones, por causas desconocidas, el hueso no integra al implante y éste se acaba perdiendo. Esto implica la necesidad de repetir la fase quirúrgica, y en ocasiones de replantear el tratamiento.
- Riesgo de fracaso del implante a más largo plazo. El hecho de que el implante se hubiera integrado en el hueso en un primer momento no implica que no pudiera fracasar posteriormente. Las causas del mismo son múltiples, y muchas desconocidas: factores relacionados con la oclusión, con la higiene defectuosa, con la falta de revisiones periódicas, factores intrínsecos a la propia biología del paciente, etc.
- Es importante resaltar que el hábito de fumar es un factor de riesgo conocido para la osteointegración de los implantes: fumar aumenta el riesgo de pérdida de los mismos.

- Ante la pérdida de uno o más implantes, y dependiendo del caso concreto, se podría recolocar el implante en una zona próxima o habría que replantearse toda la rehabilitación, incluso descartando el uso de implantes. El fracaso de algún implante siempre supone la modificación, o en la mayoría de las ocasiones tener que cambiar completamente, la prótesis apoyada sobre ellos.
- Riesgo de ingestión o aspiración del pequeño material quirúrgico o protodónico empleado.
- Riesgo de daños temporales o permanentes en el seno maxilar al colocar implantes y/o injertos en la arcada superior.
- Riesgo de fractura del material implantado o de los aditamentos protésicos empleados debido a la magnitud de las fuerzas oclusales soportadas.
- En el caso de que se utilicen injertos óseos propios del sujeto, además de las posibles complicaciones quirúrgicas en la zona donante, existe siempre riesgo de que el injerto no prenda en la nueva localización, o incluso se infecte y tenga que ser retirado, con las modificaciones que esto supondría en el plan de tratamiento. El riesgo de infección (y necesidad de retirada del material injertado) también existe al utilizar hueso exógeno (o algún material sintético sustitutivo).
- Riesgo de problemas relacionados con la prótesis y que se detallan en un documento aparte.

Debido a la zona donde se efectuará el tratamiento quirúrgico, se podrán producir además los siguientes riesgos y complicaciones:

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 Odontoestomatólogo informante.

Testigos (si procede).