

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS FIJA IMPLANTOSOPORTADA

---

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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ 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 prótesis fija sujeta a implantes, que constan en el plan de tratamiento que previamente he aceptado.

Los procedimientos propios de la prótesis fija implantosoportada van dirigidos a la sustitución de los dientes perdidos mediante aparatología que el paciente no puede retirar por sus propios medios. Este tipo de prótesis va sujeta sobre implantes y en el momento de su colocación han de estar ya osteointegrados. Es evidente que la función esperable de una prótesis nunca será la misma que la que proporcionaron los dientes naturales.

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 e inconvenientes estadísticamente frecuentes que puede comportar este tratamiento:

- Problemas de adaptación a la prótesis. Una prótesis fija no deja de ser un cuerpo extraño que se instala en la boca intentando sustituir las funciones dentarias y por lo tanto requerirá un tiempo de adaptación que variará según la situación del paciente y el tipo de prótesis. Requerirá adaptación para la correcta masticación, posibles mordeduras, e hipersalivación en algunos individuos. Estos inconvenientes suelen pasar, pero en algunos pacientes persisten en un grado variable.
- Riesgo de no responder a las expectativas estéticas de los pacientes. Es preciso tener claro que estas prótesis, por sus materiales y sistemas de retención nunca podrán igualar la estética de los dientes naturales. Este tipo de prótesis precisan, además, espacios para asegurar la posibilidad de una correcta higiene alrededor de los implantes.
- Riesgo de pequeñas zonas de inflamación en la encía alrededor de las coronas. La prótesis es un cuerpo extraño y hay que extremar la higiene en toda la zona, en especial si por motivos estéticos la corona se sitúa parcialmente subgingival.
- Riesgo de que se introduzcan restos de alimentos bajo la prótesis o en los espacios vacíos que debe respetar.
- Riesgo de fractura de los materiales, despegamiento o aflojamiento de los sistemas de retención de la prótesis con el paso del tiempo. No hay que olvidar que las prótesis dentarias soportan grandes fuerzas masticatorias, y que esto, irremediamente, afectará a los materiales y requerirá su sustitución.
- Riesgo de que el paciente manifieste o desarrolle algún tipo de intolerancia u alergia a los materiales de los que está construida la prótesis. Esta circunstancia es muy rara, difícilmente previsible, y de difícil solución.

Asimismo, el Sr/Sra. \_\_\_\_\_ por sus especiales condiciones personales (\_\_\_\_\_)

puede presentar riesgos añadidos consistentes en:

El paciente también ha sido informado de que las prótesis fijas implantosoportadas, debido a las fuerzas que soportan y al paso del tiempo, sufrirán deterioros (fisuras, roturas, despegamientos, etc) que harán necesario su renovación periódica. Igualmente ha sido informado de que la propia prótesis facilita la acumulación de placa bacteriana, hecho que puede dañar las encías, y que deberá ser eliminada mediante una detenida **higiene** de la prótesis y de los dientes remanentes después de cada comida. Para prevenir estas circunstancias se compromete a seguir las instrucciones dadas por su dentista y a someterse a **revisiones periódicas**, en ningún caso espaciadas más seis meses, y siempre que tenga cualquier tipo de molestia o duda sobre el tratamiento. Estas revisiones, pueden implicar la necesidad de desmontar la prótesis para su completa higiene y reajuste.

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 colocar y adaptar en mi boca la prótesis fija implantosoportada incluida 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:

---

Sociedad Española de Implantes

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

El Odontoestomatólogo informante.