

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS REMOVIBLE O SOBREDENTADURA CON IMPLANTES

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 prótesis removible o sobredentadura con implantes, que constan en el plan de tratamiento que previamente he aceptado.

Los procedimientos propios de la prótesis removible con implantes van dirigidos a la sustitución de los dientes perdidos mediante una prótesis que el paciente puede retirar por sus propios medios. Este tipo de prótesis es retenida sobre los implantes. Es evidente que la función última de una prótesis nunca será la misma que la que proporcionaron los dientes naturales. Este procedimiento está indicado para el problema que tiene él/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 removible o sobredentadura 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 sobredentadura. 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 debe retirarse diariamente para una correcta higiene alrededor de los implantes y de la prótesis.
- Riesgo de pequeñas lesiones especialmente traumáticas.
- Riesgo de que se introduzcan restos de alimentos bajo la prótesis o en los espacios vacíos que debe respetar y que se puede solucionar retirando la prótesis y limpiándola.
- 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 dentales soportan grandes fuerzas masticatorias, y que esto, irremediablemente, 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 removibles con implantes, debido a las fuerzas que soportan y al paso del tiempo, sufrirán deterioros (fisuras, roturas, despegamientos, etc) que harán necesario su renovación periódica, e incluso su sustitución por otra nueva. Igualmente ha sido informado de que la propia prótesis facilita la acumulación de placa bacteriana, y que deberá ser eliminada mediante una detenida **higiene** de la prótesis 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 realización de una 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

removible con implantes 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.

Sociedad Española de Implantes

Lugar y fecha:

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

El dentista informante.