

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTOLOGÍA ORAL

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, tutor o persona responsable)
D./D^a:..... DNI:, ha sido informado/a por el Dr. Vicente Gimeno Vicent, Col. Nº: 28009048 de Madrid, sobre los procedimientos clínicos de implantología, 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 una edentación parcial o completa.

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

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

- 1- Riesgos propios de la **inyección de anestesia local**: posibles hipersensibilidades al anestésico difícilmente previsible, anestesia prolongada, daños locales por la punción, etc.
- 2- 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 no, en la zona tratada por los daños producidos a las pequeñas terminaciones nerviosas, etc.
- 3- Riesgo de dañar las **raíces dentarias** adyacentes pudiéndose eventualmente una pérdida de las mismas.
- 4- 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.
- 5- Riesgo de fracaso del implante por **hábitos** como el tabaco, alcohol y otras drogas que condicionan la duración del tratamiento en función de su intensidad y prolongación en el tiempo.
- 6- Riesgos de fracaso del implante en pacientes con **enfermedades sistémicas** como hipertensión y diabetes.
- 7- 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 asistencia a revisiones, factores intrínsecos a la propia biología del paciente, etc. 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.

- 8- Riesgo de **ingestión o aspiración** del pequeño material quirúrgico o protodóncico empleado en tomas de impresión, pruebas protésicas, etc...
- 9- Riesgo de **fractura del material** implantado o de los **aditamentos protésicos** empleados debido a la magnitud de las fuerzas oclusales soportadas.
- 10- 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 con las modificaciones que esto supondría en el plan de tratamiento.
- 11- Riesgo de problemas **relacionados con la prótesis** que se detallan en documento aparte.
- 12- Debido a la zona donde se efectuará el tratamiento quirúrgico, se podrán producir riesgos y complicaciones que haremos todo lo posible por evitar.
- 13- Asimismo el paciente firmante, por sus especiales condiciones personales previas al tratamiento que se especifican:.....
.....
puede presentar riesgos añadidos como pueden ser:
.....
.....
.....

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 y siempre que tenga cualquier molestia o duda sobre el tratamiento.

El paciente será siempre **responsable de pedir cita para acudir a las citas que se recomiendan** al finalizar el tratamiento: a los 3 meses, 6 meses y posteriormente cada año, aunque la clínica hará lo posible por concertar la cita previamente.

Consiento la realización de **pruebas de radiodiagnóstico** (radiografías periapicales -pequeñas-, panorámicas -toda la boca- y CBCT -similar a un TAC en tres dimensiones-), cuando el doctor lo crea necesario para un correcto diagnóstico y tratamiento a realizar.

Consiento en que se tomen **fotografías o registros** en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del/de la paciente.

Yo D. /D^a:..... Como paciente (y si procede) D. o D^a:.....(como padre, madre, tutor o persona responsable), **he sido informado/a** por el Dr. Gimeno, mediante un lenguaje claro y sencillo, **me ha dado respuesta** a cuantas observaciones he formulado aclarando todas la dudas, por lo cual 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, para los tratamientos pendientes de realizar, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Toledo,.....de.....de 20.....

El paciente (padre madre o tutor)

El Odontólogo informante