

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^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. D. Pedro Antonio Torres Falcón, Col. N^o: 45004456 de Madrid, sobre los procedimientos clínicos de Prótesis sobre 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 él/la paciente y 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 e inconvenientes estadísticamente frecuentes que puede comportar este tratamiento:

- 1- 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.
- 2- 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.
- 3- 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 bajo la encía.
- 4- Riesgo de que se **introduzcan restos de alimentos** bajo la prótesis o en los espacios vacíos que debe respetar.
- 5- 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, irremediablemente, afectará a los materiales y requerirá su sustitución.
- 6- 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.

- 7- Riesgo de **ingerir o aspirar** alguno de los elementos del instrumental o materiales de impresión necesarios para la toma de registros, pruebas y la adaptación de la prótesis.
- 8- 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 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**, según se indique, 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. El coste de los mismos **no estará incluido** en el presupuesto del tratamiento a la fecha de su realización.

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 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. Torres, 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 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.

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

El paciente (padre madre o tutor)

El Odontólogo informante