

Este documento, tiene una finalidad meramente informativa. El día de la realización del tratamiento, se le hará entrega del mismo formulario, pero personalizado con sus datos y los datos del doctor que le intervendrá, y si tendrá validez como consentimiento al realizar la intervención ahora descrita. El objetivo de esta entrega previa, es que lo pueda leer detenidamente y si le surge cualquier tipo de duda, nos los pueda hacer saber con anterioridad a la intervención.



TEXTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE CIRUGÍA DE PERIIMPLANTITIS

1. INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA

Se me ha diagnosticado una PERIIMPLANTITIS, que consiste en un proceso inflamatorio e infeccioso que afecta a los tejidos que rodean un implante dental, provocando pérdida ósea progresiva.

Para tratar esta condición, se me ha propuesto realizar una CIRUGÍA DE ACCESO, que puede incluir:

- Eliminación del tejido inflamado.
- Limpieza mecánica y/o química de la superficie del implante.
- Aplicación de productos específicos (antisépticos, láser, etc.).
- Regeneración ósea guiada, si fuera necesario, mediante la utilización de biomateriales con el objetivo de favorecer la regeneración del hueso y los tejidos de soporte alrededor del implante.
- Regeneración de tejido blando para obtener un sello protector del implante frente al ataque microbiano.
- Implantoplastia y/o osteoplastia.

Durante el procedimiento, el odontólogo evaluará la necesidad de aplicar o no los biomateriales, según la situación clínica encontrada. Se recomienda que se haga tras retirar las supraestructuras atornilladas o cimentadas.

2. BENEFICIOS ESPERADOS

- Detener o reducir la progresión de la periimplantitis.
- Mejorar el pronóstico a largo plazo del implante dental.
- Posible regeneración del hueso perdido y estabilización del implante.

3. RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES

Como toda intervención quirúrgica, existen riesgos, entre ellos:

- Dolor, hinchazón, sangrado postoperatorio o hematomas en la zona o áreas adyacentes.
- Infección local.
- Rechazo, reacción o fallo en la integración de los injertos.
- Recidiva de la periimplantitis o necesidad de retirar el implante.
- Sensibilidad temporal o permanente en zonas cercanas.
- Riesgo de producción de un enfisema subcutáneo (cuando se usan aeropulidores).
- Complicaciones asociadas a la anestesia local.
- Riesgo de fractura del implante en caso de implantoplastia.
- Riesgo de fractura y cambio de tornillos cuando se retiran las supraestructuras atornilladas.

El uso de biomateriales está avalado científicamente, aunque los resultados pueden variar según la respuesta individual del paciente.



4. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PROPUESTO

- Mantenimiento no quirúrgico, aunque suele ser menos efectivo en casos avanzados.
- Retirada del implante afectado y tratamiento del área antes de una futura rehabilitación.
- No realizar tratamiento, con el riesgo de progresión de la enfermedad y pérdida del implante.

5. OTROS DATOS RELEVANTES

- He sido informado/a de la necesidad de mantener una higiene oral estricta y acudir a las revisiones indicadas.
- Entiendo que el éxito del tratamiento depende también de mi colaboración.
- En caso de utilizar biomateriales, estos pueden ser de origen sintético, animal (por ejemplo, bovino o porcino) o humano (homólogo), y se me ha ofrecido información al respecto.
- Autorizo el uso de biomateriales según criterio clínico del profesional.

6. AUTORIZACIÓN

Declaro que:

- He recibido y comprendido la información sobre el tratamiento propuesto, sus riesgos, beneficios y alternativas.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente.
- Consiento de manera libre y voluntaria la realización de la cirugía de periimplantitis con posible aplicación de biomateriales.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del odontólogo: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Este consentimiento ha sido entregado 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.

Consúltenos si tiene cualquier duda:



93 731 78 20 | 608 297 949

Puede descargarse esta información en:

<https://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/cirugia-periimplantitis-cas.pdf>