



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 IMPLANTES SUPERIOESTÓCICOS

1. Mi médico me ha explicado los distintos tipos de implantes que se utilizan en odontología y me han informado de las alternativas a la cirugía de implantes para el reemplazo de mis dientes perdidos. También se me ha informado de los riesgos previsibles de esas alternativas.

Entiendo qué procedimientos son necesarios para lograr la colocación de los implantes, ya sea sobre, dentro o a través del hueso, y entiendo que los tipos más comunes de implantes disponibles son subperiósticos (por encima del hueso), endóseos (dentro del hueso) y transosteal (a través del hueso).

El tipo de implante recomendado para mi afección específica son lo **subperiósticos**.

También entiendo que los implantes endóseos (más comúnmente conocidos como forma de raíz) generalmente tienen los resultados más predecibles. Además, entiendo que los implantes subperiósticos, si son una opción para mí, no se usan ampliamente, pero anularán la necesidad de que yo tenga el injerto óseo y otros procedimientos quirúrgicos que serían necesarios para la colocación de implantes en forma de raíz.

Entiendo que el riesgo asociado con el uso de un implante subperióstico es la falla y pérdida del implante que podría reducir aún más la cantidad mínima de hueso existente que tengo ahora, requiriendo injertos óseos más extensos y otros procedimientos quirúrgicos en algún momento futuro.

Me comprometo a hacer una revisión periódica según las recomendaciones clínicas, al menos cada 6 meses. Si no lo hago, por cualquier motivo, puedo poner en peligro el éxito clínico del sistema de implantes. Si mis implantes fallan como resultado de no mantener un examen continuo y una rutina de mantenimiento preventivo según las indicaciones de mi dentista, entiendo que se exime de toda responsabilidad a dicho profesional.

2. Además, se me ha informado que, si no se elige ningún tratamiento para reemplazar los dientes faltantes o las dentaduras postizas existentes, el riesgo de no tratamiento incluye, entre otros:
 - a. Disolución lenta pero progresiva del hueso de la mandíbula de las zona edéntulas.
 - b. Cualquier malestar presente o ineficiencia masticatoria que puede persistir o empeorar con el tiempo.
 - c. Desplazamiento, inclinación y / o extrusión de los dientes restantes.
 - d. Aflojamiento de los dientes, enfermedad periodontal (encía y hueso), posiblemente seguida de extracción(es).
 - e. Un posible problema de atasco en la articulación (TMJ / TMD) causado por una mordida deficiente, colapsada o inadecuada.
3. Soy consciente de que la práctica de la odontología y la cirugía dental no es una ciencia exacta y reconozco que no se puede garantizar el éxito de mi cirugía de implantes, el tratamiento y los procedimientos asociados, o los procedimientos dentales posquirúrgicos. Además, soy consciente de que existe el riesgo de que la colocación del implante falle, lo que podría requerir más cirugía correctiva asociada con la extracción. Tales fallas y procedimientos de reparación también podrían implicar la aplicación de tarifas adicionales.
4. Entiendo que el éxito del implante depende de una serie de variables que incluyen, entre otras: la tolerancia y la salud del paciente individual, las variaciones anatómicas, el implante y hábitos como rechinar los dientes. También entiendo que está disponible en una variedad de diseños y materiales y la elección del implante depende del criterio profesional de mi dentista.



5. Además, se me ha informado de los riesgos y complicaciones previsibles de la cirugía de implantes, la anestesia y los medicamentos relacionados que incluyen, entre otros: fallo del implante(s), inflamación, hinchazón, infección, decoloración, entumecimiento (de extensión y duración indeterminadas), inflamación de los vasos sanguíneos, lesión de los dientes existentes, fracturas óseas, penetración de los senos nasales, cicatrización tardía o reacción alérgica a los fármacos o medicamentos utilizados. El resultado de este tratamiento o estos procedimientos no es garantizable. Entiendo que cualquiera de estas complicaciones podría ocurrir incluso cuando todos los procedimientos dentales se hayan realizado correctamente.
6. Se me ha informado que el consumo de tabaco, alcohol o azúcar puede afectar la cicatrización del tejido y puede limitar el éxito del implante. Debido a que no hay forma de predecir con precisión la capacidad de curación de las encías y los huesos de cada paciente, sé que debo seguir las instrucciones de atención domiciliaria de mi dentista e informarle para los exámenes regulares según las instrucciones. Además, entiendo que un correcto seguimiento en mi domicilio, incluido el cepillado, el uso de hilo dental y el uso de cualquier otro dispositivo recomendado por mi dentista, es fundamental para el éxito de mi tratamiento con implantes. En cambio, el incumplimiento de las recomendaciones en casa puede contribuir al fracaso del tratamiento.
7. También me han informado que existe un riesgo mínimo de que el implante se rompa, lo que puede requerir procedimientos adicionales para reparar o reemplazar el implante roto.
8. Autorizo a mi dentista a realizarme el servicio dental, incluidos los implantes y otras cirugías relacionadas, como el aumento óseo. Estoy de acuerdo con el tipo de anestesia que se ha acordado conmigo y los posibles efectos secundarios: local, sedación intravenosa o anestesia general.

Acepto no conducir un vehículo motorizado o dispositivo peligroso durante al menos veinticuatro (24) horas o hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la anestesia o los medicamentos administrados para mi cuidado.

Mi dentista también ha hablado de los distintos procedimientos de relleno óseo y tipos de material usado, y le he autorizado a seleccionar el que crea que es la mejor opción para mi tratamiento con implantes.

9. Si surge una condición imprevista en el curso del tratamiento que requiera la realización de procedimientos adicionales o diferentes a los ahora contemplados, y estoy bajo anestesia general o sedación intravenosa, además autorizo a mi dentista a hacer lo que él / ella considere razonablemente necesario y aconsejable dadas las circunstancias, incluida la decisión de no continuar con el procedimiento de implante.
10. Apruebo cualquier modificación razonable en el diseño, materiales o procedimientos quirúrgicos, si mi dentista, a su juicio profesional, decide que lo mejor para mí es hacerlo.
11. Confirmando que he presentado un informe preciso de mi historial médico. También he informado sobre reacciones alérgicas u otras reacciones a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestésicos, polen, polvo; enfermedades de la sangre, reacciones de las encías o de la piel, sangrado anormal o cualquier otra afección relacionada con mi salud física o mental o cualquier problema experimentado con cualquier tratamiento médico, dental o de atención médica anterior en mi cuestionario de historial médico.

Entiendo que ciertos trastornos mentales y / o emocionales pueden aumentar el riesgo de falla o contraindicar el tratamiento con implantes y, por lo tanto, he marcado expresamente SÍ o NO para indicar si he tenido o no algún tratamiento o terapia anterior de cualquier tipo o para cualquier enfermedad mental o condición emocional.

12. Autorizo a mi dentista a hacer fotografías, diapositivas, radiografías o cualquier otra ayuda visual de mi tratamiento que se utilizará para el avance de la odontología de implantes de cualquier manera que mi dentista considere apropiada. Sin embargo, no se utilizarán imágenes u otros registros que me identifiquen sin mi consentimiento expreso por escrito.
13. Comprendo y entiendo que el propósito de este documento es evidenciar el hecho de que doy mi consentimiento a sabiendas a los procedimientos de implantes recomendados por mi dentista.



- 14.** Acepto que, si no sigo las recomendaciones y los consejos de mi dentista para el cuidado posoperatorio, mi dentista puede terminar la relación dentista-paciente, requiriendo que busque tratamiento de otro dentista.

Me doy cuenta de que la atención postoperatoria y el tratamiento de mantenimiento son fundamentales para el éxito final de los implantes dentales.

Acepto la responsabilidad por las consecuencias adversas que resulten de no seguir los consejos de mi dentista.

- 15.** Preguntas que tengo que hacerle a mi dentista:

- 16.** HE LEÍDO Y COMPRENDIDO COMPLETAMENTE ESTA AUTORIZACIÓN, UN CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTAR LA COLOCACIÓN Y ANESTESIA, Y TODAS MIS PREGUNTAS, SI LAS HAY, HAN SIDO COMPLETAMENTE RESPONDIDAS.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LLEVAR ESTE DOCUMENTO A CASA Y REVISARLO ANTES DE FIRMARLO. ENTIENDO Y ACEPTO CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN, QUE DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDER CON EL TRATAMIENTO.

TERRASSA a _____ de _____ de 20_____ .

Consúltenos si tiene cualquier duda:



93 731 78 20 | 608 297 949

Puede descargarse esta información en:

<https://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/implantes-subperiosticos-cas.pdf>