

Modelo de formulario: Discusión y consentimiento para dentadura postiza/sobredentadura completa

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre Iniciales

Estoy recibiendo este formulario de información y consentimiento para que pueda comprender mejor el tratamiento que se me está recomendando. Antes de tomar una decisión sobre el tratamiento, deseo recibir información suficiente, fácil de comprender, para tomar una decisión informada sobre el tratamiento propuesto.

Comprendo que puedo hacer las preguntas que desee y que es mejor hacerlas antes de empezar el tratamiento que plantearlas después de iniciarlo.

Naturaleza de la cirugía de colocación de implantes

Las restauraciones de dentadura postiza completa sustituyen a los dientes que faltan. No son fijas y se quitan de la boca para limpiarlas. Se diferencian de las restauraciones apoyadas o retenidas por dientes naturales o implantes dentales en que se sostienen sobre el tejido gingival y el hueso maxilar restante (hueso alveolar). Las dentaduras postizas completas se estabilizan y retienen en su lugar gracias a su calce preciso (cercano) con el tejido gingival y otros tejidos orales (mejillas, labios y lengua). Aprender a hablar y masticar con una dentadura postiza completa supone aprender a manejar y controlar la restauración con la lengua y otros músculos de la boca. Aprender a controlar la dentadura postiza al hablar y masticar mejorará con el tiempo y la experiencia.

Las restauraciones de dentaduras postizas completas suelen requerir varias visitas para completar el tratamiento. Se hace una impresión, o molde, de los tejidos bucales superiores con un material gomoso [modificar si se utilizan "impresiones digitales" para dentaduras postizas]. Se crea una dentadura postiza de prueba para la aprobación cosmética, y después un laboratorio dental hace la restauración de la dentadura definitiva. Es importante volver para la colocación de la restauración definitiva apenas esté lista. La restauración de dentadura postiza completa es una opción de tratamiento y depende de los exámenes visuales, las radiografías, los modelos, las fotos y otras pruebas diagnósticas hechas, además de mis antecedentes médicos y dentales. También se tuvieron en cuenta mis necesidades y deseos.

El pronóstico, o probabilidad de éxito, de este procedimiento es _____. Sin embargo, comprendo que no me están dando ninguna garantía ni certeza de que el tratamiento será eficaz ni por cuánto tiempo.

Se calcula que mi dentadura postiza completa costará \$ _____ y que se necesitarán _____ visitas para completarla en un periodo de _____ semanas/meses.

Alternativas a la restauración de dentadura postiza completa

Según la condición de mi boca y mi diagnóstico actual, es posible que haya otras alternativas de tratamiento a la restauración de dentadura postiza completa. Comprendo que las posibles alternativas a una dentadura postiza completa en mi caso pueden ser:

- **Sustitución de un diente o dientes faltantes por un puente dental fijo apoyado en dientes.** Si los dientes naturales que me quedan son lo suficientemente estables y fuertes, es posible que me coloquen un puente dental. Un puente se cementa en el lugar y no se puede quitar. Este procedimiento requiere tallar los dientes naturales para darles la forma adecuada para sostener el puente dental fijo.
- **Sustitución de dientes por una restauración fija o extraíble sobre implantes.** Los implantes dentales permiten sustituir los dientes faltantes con coronas, puentes y prótesis dentales (conocido como "sobredentadura") que se apoyan o retienen al fijarse a los implantes. Me recomendaron que considere una o más restauraciones con implantes:
 - ___ Corona única sobre implante en la posición del diente (o dientes) n.º _____
 - ___ Puente fijo sobre implantes en la posición de los dientes n.º _____
 - ___ Dentadura postiza parcial removible retenida por implantes que sustituyen a los dientes n.º _____
 - ___ Dentadura postiza/sobredentadura completa retenida por implantes que sustituyen a todos los dientes y utilizan [n.º/posición] implantes para la fijación/estabilidad.
 - ___ Otra opción: _____

continued...

- **Ningún tratamiento.** Puedo decidir no sustituir el diente o los dientes faltantes. Si decido no seguir ningún tratamiento, mis dientes pueden desplazarse con el tiempo y causar problemas al masticar o en las encías. Las caries dentales o los problemas de encías (enfermedades periodontales) pueden provocar dolor e infecciones, que pueden llegar a ser graves.

_____ Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre estas alternativas y sobre cualquier otro tratamiento del que
Iniciales del paciente haya escuchado o se me haya ocurrido, incluyendo _____.

Riesgos de la restauración de dentadura postiza completa

Me informaron y comprendo perfectamente que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados con las restauraciones de dentadura postiza completa. Comprendo que durante el tratamiento y varios días después puedo tener la mandíbula tiesa y adolorida por mantener la boca abierta. Comprendo que las extracciones me pueden causar dolor, molestias o infecciones. [Las extracciones se deberán tratar en un formulario de consentimiento aparte]. Comprendo que una restauración de dentadura postiza puede no aliviar mis síntomas ni cumplir mis expectativas de comodidad, funcionamiento o estética. Si elijo un tratamiento de dentadura completa sin implantes dentales, comprendo que la fijación y la estabilidad se pueden ver afectadas, aunque la dentadura postiza completa se ajuste perfectamente a mis encías. La estabilidad y la fijación se verán aún más afectadas si la cantidad o la calidad del hueso que me queda en la mandíbula es limitada. Los puntos adoloridos debajo de una dentadura postiza completa son frecuentes, sobre todo en una dentadura postiza nueva. Comprendo que la dentadura postiza puede necesitar ajustes al poco tiempo de su colocación, y periódicamente, para aliviar los puntos de presión y estabilizar la mordida (oclusión).

Comprendo que mi flujo de saliva puede aumentar, especialmente justo después de empezar a usar una dentadura postiza completa. Comprendo que puedo notar cambios en mi mordida en comparación con los dientes naturales o las restauraciones anteriores, y que con la dentadura postiza no tendré la misma fuerza o eficacia al masticar que con los dientes naturales. Comprendo que mis encías y el hueso de la mandíbula se retraerán (encogerán) con el tiempo. Como resultado, la dentadura postiza completa se debe rebasar periódicamente para volver a ajustarla a mi boca. Comprendo que puede ser necesaria una nueva dentadura postiza, en lugar de un rebase, si mis encías y el hueso de la mandíbula se encogen significativamente. Comprendo que la dentadura postiza se hace con un material plástico resistente. No obstante, el material es susceptible propenso a romperse, sobre todo si se cae. La mayoría de las fisuras/roturas de la dentadura postiza se pueden reparar, pero no todas. El plástico también se debilita con el tiempo y puede requerir una sustitución en lugar de una reparación.

Comprendo que es posible que me coloquen implantes dentales más adelante para ayudar a estabilizar y retener la dentadura postiza. Sin embargo, es posible que se necesiten injertos óseos u otros procedimientos para que los implantes y el tratamiento con sobredentadura tengan éxito. Además, la colocación de implantes posterior puede requerir una nueva restauración de dentadura postiza completa si no es posible modificar eficazmente la dentadura postiza existente para que se adhiera a los implantes. Comprendo que los malos hábitos alimenticios, los malos hábitos orales (fumar o masticar tabaco, comerse las uñas, etc.), la mala higiene oral y ciertas condiciones médicas o medicamentos afectarán negativamente el tiempo que puede durar la restauración de dentadura postiza completa.

[SI FUERA NECESARIO] Comprendo que me pueden administrar un anestésico tópico o una inyección de anestesia local. Aunque es poco frecuente, es posible que los pacientes tengan una reacción alérgica a estos medicamentos. Es posible que se produzcan reacciones adversas a los medicamentos anestésicos, como mareos o somnolencia. Póngase en contacto con [Dr. _____/el consultorio] si el adormecimiento persiste durante más de unas horas o si aparece un sarpullido. Comprendo que las zonas donde se aplican las inyecciones pueden producir molestias después del tratamiento y que mi mandíbula puede estar tiesa y adolorida por la inyección de anestesia. También comprendo que se pueden producir lesiones temporales o permanentes en los nervios o vasos sanguíneos debido a la inyección. Las alteraciones de nervios pueden incluir dolor o adormecimiento, o sensaciones inusuales como comezón, ardor u hormigueo en el labio, la lengua, el mentón, los dientes o tejidos bucales.

Otros riesgos previstos no mencionados arriba: _____.

_____ Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre estos riesgos y cualquier otro riesgo que escuché o sobre el
Iniciales del paciente que pensé, incluyendo _____.

Consentimiento

Presenté mis antecedentes médicos y personales de la forma más precisa y completa posible, incluyendo los medicamentos que tomo actualmente (antibióticos, analgésicos u otros medicamentos, incluyendo medicamentos no recetados, hierbas o suplementos) y los materiales o medicamentos a los que soy alérgico. Seguiré todas las instrucciones de tratamiento y postratamiento que me indiquen y expliquen, y permitiré los procedimientos de diagnóstico recomendados, incluyendo las radiografías.

Soy consciente de que, a pesar de las posibles complicaciones y riesgos, el tratamiento que me recomendaron es necesario. Soy consciente de que la práctica odontológica no es una ciencia exacta, y acepto que no me ofrecieron ninguna garantía, declaración ni certeza sobre los resultados del procedimiento.

Yo, _____, recibí información sobre el tratamiento propuesto y sobre los riesgos asociados con el rechazo del tratamiento. Hablamos de mi tratamiento con el Dr. _____ y me dio la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas completas. Comprendo la naturaleza del tratamiento recomendado, las opciones de tratamiento alternativas, los riesgos del tratamiento recomendado y los riesgos de rechazar el tratamiento.

Deseo continuar con el tratamiento de dentadura postiza completa [con / sin implantes].

Deseo continuar con el tratamiento recomendado.

_____ Comprendo que este tratamiento también puede ser hecho por un prostodoncista (especialista en restauración dental).
Iniciales del paciente

_____ Comprendo los riesgos asociados con este tratamiento y elijo que este procedimiento lo haga el Dr. _____. Comprendo que, si surgen complicaciones inesperadas durante el tratamiento, es posible que me remitan a un prostodoncista para que me hagan otros tratamientos de restauración.
Iniciales del paciente

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo