

Formulario modelo: Discusión y consentimiento para restauraciones de puente fijo

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido *Nombre* *Inicial*

Me han dado esta información y formulario de consentimiento para que entienda mejor el tratamiento que me recomiendan. Antes de tomar una decisión acerca del tratamiento, deseo que me den la información suficiente para que pueda entender y tomar una decisión fundada acerca del tratamiento propuesto.

Entiendo que puedo hacer **todas las preguntas que quiera** y que es mejor hacerlas antes del tratamiento en lugar de tener dudas después de que este haya comenzado.

Características de las restauraciones con puente fijo

Los puentes fijos reemplazan dientes que faltan. Llenan el espacio que quedó entre los dientes naturales después de una extracción. Además, ayudan a mantener los dientes en el mismo sitio y a conservar el contorno del rostro. Me han recomendado una restauración con puente fijo en los siguientes dientes: _____ para reemplazar estos dientes que faltan n.º: _____

Por lo general, hacen falta dos visitas para completar el tratamiento de puente fijo. Los dientes naturales que rodean el área del diente faltante se usan para soportar el puente fijo, el cual se cementa y no se puede quitar. En la primera visita, el dentista reducirá el tamaño de los dientes de soporte, llamados pilares, para hacer lugar y que el puente fijo se ajuste sobre ellos. Luego, se toma una impresión o molde de los dientes usando un material elástico. También se puede tomar una imagen o escaneo para hacer la restauración mediante un sistema computarizado. Mientras se hace el puente fijo, se coloca un puente temporal sobre los dientes pilares con cemento temporal. Cuando el nuevo puente fijo esté listo, se debe cementar lo antes posible para reducir las probabilidades de que aparezcan nuevas caries u otros problemas.

Esta recomendación se basa en la revisión visual, en cualquier radiografía, modelo, foto u otro diagnóstico que se haya hecho, y en el conocimiento del dentista acerca de mis antecedentes médicos y dentales. También se tienen en cuenta mis deseos y necesidades. El puente fijo es necesario por lo siguiente:

El propósito de la restauración con puente fijo es reemplazar un diente natural faltante (o más de un diente), restaurar la función masticatoria normal y mejorar la forma y el color (la estética) de los dientes. Es posible que se necesite reemplazar el puente fijo debido al deterioro o daño del puente, al cambio en la mordida o por motivos estéticos. Necesito el puente fijo por las siguientes razones:

- Reemplazo de un diente faltante (o más de un diente) Caries alrededor del puente anterior
 Puente anterior dañado Cambios en la mordida Motivos estéticos

El pronóstico o la probabilidad de que el tratamiento sea exitoso es _____.

El costo estimado de la restauración con puente fijo es de \$_____ y se espera que terminarla requiera _____ visita(s).

Alternativas a las restauraciones con puente fijo

Según mi diagnóstico, es posible que haya o no alternativas a la restauración con puente fijo que impliquen otros tipos de atención dental. Entiendo que las posibles alternativas a la restauración con puente fijo son:

- **Implantes dentales** y restauración con puente sobre implantes.
- **Reemplazo del diente o de los dientes faltantes** mediante una dentadura parcial removible. Las dentaduras parciales se quitan de la boca para limpiarlas. Se apoyan sobre los dientes presentes y la mandíbula, y se sujetan mediante retenedores en los dientes presentes o mediante otros tipos de anclajes que podrían requerir coronas u otras restauraciones.
- **No hacer ningún tratamiento.** Puedo decidir no reemplazar el diente o los dientes que faltan. Si decido no hacer ningún tratamiento, mis dientes pueden moverse con el tiempo, lo cual puede causar problemas periodontales (de las encías), en la mordida o en la articulación temporomandibular.

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estas alternativas y sobre cualquier otro tratamiento que haya escuchado o considerado, incluyendo _____.
Iniciales del paciente

Riesgos de las restauraciones con puente fijo

Me han informado y entiendo plenamente que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados a las restauraciones con puente fijo. Comprendo que el tratamiento puede irritar los nervios que están dentro de los dientes y que esto puede causarme dolor o malestar durante el tratamiento o después. Es posible que mis dientes se vuelvan más sensibles a los líquidos o a los alimentos calientes o fríos. Entiendo que quizás sea necesario hacer un tratamiento de conducto en los dientes de soporte (pilares) durante el tratamiento o después, y que quizás esto sea inevitable. Entiendo que es posible que la restauración con puente fijo no alivie ninguno de los síntomas que pudiera tener.

Comprendo que, luego de arreglar las caries y los empastes presentes, es posible que se descubra que mis dientes están en un estado más grave. Existe la posibilidad de que esto requiera una cirugía periodontal (de las encías) para revelar más superficie del diente, uno o más tratamientos de conducto más una restauración de puente fijo, o tal vez requiera la extracción de algún diente.

Entiendo que puedo notar algunos cambios menores en mi mordida. Entiendo que, durante el procedimiento y por varios días después de este, es posible que sienta la mandíbula dura o adolorida por haber mantenido la boca abierta.

Comprendo que mis encías podrían lastimarse alrededor o cerca de los dientes que soportarán el puente. Entiendo que las encías podrían retraerse después de terminar la restauración con puente fijo. Entiendo que los malos hábitos de alimentación, los hábitos orales (como fumar, comerse las uñas, etc.) y una higiene oral deficiente podrían afectar negativamente la duración del puente fijo.

Entiendo que quizás me den anestesia tópica o una inyección de anestesia local. Si bien es poco frecuente, es posible que algunos pacientes tengan una reacción alérgica a estos medicamentos. Es posible que se presenten reacciones adversas a la anestesia, como mareos, aturdimiento o somnolencia. Póngase en contacto con el Dr. _____ si tiene sarpullido o si el adormecimiento persiste por más de algunas horas. Entiendo que, después del tratamiento, es posible que sienta malestar en la zona de la inyección y que la mandíbula se sienta dura o adolorida por la inyección de la anestesia. También comprendo que es posible que los nervios o los vasos sanguíneos resulten lesionados, de manera temporal o permanente, por la inyección. Las alteraciones de los nervios pueden incluir dolor o adormecimiento, sensaciones poco frecuentes como picazón, ardor o cosquilleo en los tejidos de los labios, la lengua, el mentón, los dientes o la boca.

Entiendo que, una vez que comienza el procedimiento con puente fijo, debo volver de inmediato para terminarlo. Si no vuelvo para terminar el puente fijo, corro el riesgo de que aparezcan caries, que necesite un tratamiento de conducto, que se parta o que se caiga un diente involucrado.

Otros riesgos impredecibles no mencionados arriba incluyen:_____

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estos riesgos y sobre cualquier otro riesgo que haya escuchado o considerado, incluyendo _____.

Iniciales del paciente

continued...

Confirmación

He proporcionado mis antecedentes médicos y personales de la manera más completa y precisa posible, lo cual incluye los medicamentos que actualmente tomo (antibióticos, analgésicos y otros medicamentos, incluso de venta libre, hierbas o suplementos) y los materiales o medicamentos a los cuales tengo alergia. Seguiré todas las indicaciones del tratamiento, y posteriores a este, tal y como me las han indicado y explicado, y autorizaré los procedimientos de diagnóstico recomendados, incluidas las radiografías.

Comprendo que, a pesar de los posibles riesgos y complicaciones, la restauración con puente fijo que me han recomendado es necesaria. Soy consiente de que la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido ninguna declaración, promesa o garantía acerca de los resultados del tratamiento.

Yo, _____, he recibido información acerca del tratamiento propuesto. He hablado acerca del tratamiento con el Dr. _____ y me han dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias. Comprendo las características del tratamiento recomendado, las opciones alternativas, los riesgos del tratamiento recomendado y los riesgos de rechazarlo.

Deseo recibir el tratamiento recomendado.

_____ Entiendo que un prostodoncista (un especialista en puentes fijos) también puede hacer este tratamiento.

Iniciales del paciente

Entiendo los riesgos asociados a este tratamiento y elijo al Dr. _____ para que haga este procedimiento. Comprendo que, si surgen dificultades inesperadas durante el tratamiento, es posible que me deriven a un prostodoncista para un mayor cuidado restaurativo de mis dientes.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo