

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Inserción Implantes Oseointegrados

FL-CDM-122

Rev.04

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

Un implante es un tornillo de titanio que actúa como sustituto de las raíces de las piezas dentarias, el que es introducido quirúrgicamente en el interior de los huesos maxilares, ya sea individualmente o en serie, dependiendo de las necesidades del paciente. Este implante será utilizado posteriormente como base para reemplazar piezas dentarias perdidas.

### CARACTERÍSTICAS DE LA INSERCIÓN IMPLANTES OSEOINTEGRADOS (En qué consiste)

La instalación quirúrgica del implante dentro del tejido óseo se realiza mediante una incisión inicial en la encía para permitir el acceso al hueso maxilar. Así, en la zona determinada en la planificación previa hecha por el especialista, se procede a la perforación del hueso, de tal manera de crear un "lecho" que aloje el implante de titanio.

También existe la cirugía de inserción de implantes sin incisión en la encía, la que es mínimamente invasiva, pero está recomendada sólo en algunos casos.

Una vez realizada la inserción quirúrgica de los implantes hay que esperar de 1 a 6 meses para que se produzca la oseointegración, es decir la unión biológica entre el implante de Titanio y el hueso

### RIESGOS POTENCIALES DE LA INSERCIÓN IMPLANTES OSEOINTEGRADOS

Los implantes pueden ser rechazadas por el cuerpo, sin lograr que se incorporen al hueso. Cuando un implante es rechazado, por lo general puede ser reemplazado por uno nuevo, el cual es usualmente más grande que el primero. Sin embargo, estas condiciones solamente suceden en el 1 a 2 % de los casos.

En las zonas intervenidas pueden ocurrir infecciones, hemorragias, dolor, acumulación de líquido en los espacios intersticiales (edema), hematomas, sensación de hormigueo o adormecimiento (parestesia). En las zonas próximas a la cirugía pueden producirse lesiones de la articulación temporomandibular, molestias para deglutir, contracción sostenida de los músculos masticatorios (trismus), cicatrización retardada y/o reacción alérgica a los medicamentos o anestésicos a utilizar.

No obstante, debe de recordar que estas complicaciones son inusuales y suceden en menos del 5% de las cirugías; al mismo tiempo, si llegan a suceder, pueden corregidas.

### LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO

No pueden acceder a tratamiento con implantes oseointegrados pacientes que tienen disminuida su irrigación sanguínea en el hueso, tales como diabéticos descompensados, pacientes con osteoporosis no tratada, o en tratamiento con difosfonatos, personas que han sido sometidas a tratamientos de radiación por cáncer e hipertensos no controlados.

También tiene grandes limitaciones en el éxito de la cirugía, los pacientes fumadores severos, ya que en estos la cicatrización de los tejidos orales se encuentra severamente retardada.

También tienen limitaciones los pacientes con escaso nivel de hueso en la zona a intervenir, sin embargo existe la posibilidad de injertar hueso sintético, o proveniente de otras zonas del mismo paciente, así como cadera, tibia o carota. Tampoco está recomendado este tipo de tratamiento en niños, ya que la idea es que alcancen su máximo crecimiento para evitar atrofiar en la zona del implante. En su reemplazo existen otras alternativas de tratamiento.

También existen los riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber su médico tratante y los médicos de turno de este centro estarán atentos disponibles para intentar solucionarla.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Para evitar la cirugía de implantes y reemplazar piezas dentarias perdidas, existe también el tratamiento de Prótesis fija, que implica desgastar los dientes sanos adyacentes a la zona desdentada y cementar un aparato protésico de metal-porcelana. Este tratamiento a veces requiere efectuar la desvitalización de los dientes sanos adyacentes (tratamiento de conducto o endodoncia).

También está disponible el tratamiento con prótesis removible, es decir, reemplazar el o los dientes perdidos mediante un aparato protésico de metal-acrílico o solamente acrílico, el que se retendrá en boca a través de la utilización de retenedores metálicos (en el caso de existir dientes adyacentes) o solamente la adhesividad que otorga el paladar y los músculos de labios y mejillas, en el caso de la ausencia total de dientes.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Inserción Implantes Oseointegrados

FL-CDM-122  
Rev.04

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin **mencionar mi identidad**.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

### DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Inserción Implantes Oseointegrados**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Inserción Implantes Oseointegrados**.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Firma Médico \_\_\_\_\_

### RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **Inserción Implantes Oseointegrados** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

### REVOCAACION:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)