Llanas Dental ®

Consentimiento informado para implantes dentales

Copia del documento proporcionado por la clínica para lectura previa. La conversión a PDF conserva su contenido; no constituye una revisión clínica o jurídica. Los datos y firmas se completan individualmente en la clínica.

Fecha de entrega del consentimiento: .

Fecha de la cirugía: .

En apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de servicios de Atención Médica; y a las Normas:

NOM-004-SS A3-2012 | NOM-005-SSA3-2018 | NOM-024-SSA3-2012 | NOM-013-SSA2-2015 | De conformidad con la normatividad vigente en materia de historia clínica electrónica y expediente clínico interoperable, incluyendo la NOM-024-SSA3-2012 y los lineamientos técnicos publicados por la Secretaría de Salud y el CENETEC y al artículo 77 Bis 37 de la Ley General de Salud.

Por medio de este Documento se le garantiza que el personal de Llanas Dental ® cuenta con autorización legal y el registro correspondiente para el libre ejercicio de su especialidad médica, quirúrgica u odontológica; y se declara ampliamente capacitado para realizar sus tratamientos odontológicos; para ello requerimos que usted este enterado (a) que existe la posibilidad de riesgos para usted, por lo tanto, se le pide que autorice el presente Consentimiento Informado para su atención.

A continuación, se le informara sobre algunas complicaciones que se pueden presentar los tratamientos con Implantes Dentales y/o injertos de Hueso y/o Biomateriales, antes de decidir si acepta recibir su propio tratamiento, después de haber comprendido la información que se le ha dado o se le dará, acerca de los objetivos, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos, las alternativas, sus derechos y responsabilidades podrá o no, acceder o desistir del tratamiento.

Yo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Con número Celular: , y. E-mail: .

OTORGO la presente autorización en complemento al Consentimiento Informado General al Dr. Edgar Llanas Ruiz y/o al personal médico-odontológico de la clínica: Llanas Dental ®.

Para realizar los procedimientos médicos quirúrgicos y/o odontológicos completos, necesarios que se describirán en mi plan de tratamiento registrado en mi historia clínica odontológica, y que, para tal efecto declaro:

1.- Declaro Que el personal de la clínica Llanas Dental ® me ha explicado de manera detallada y con un lenguaje que pude comprender, los procedimientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos que se me planean realizar, y que tienen como objetivo principal la solución de mi problema de salud descrito en mi Historia Clínica, utilizando las técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de

salud que labora en Llanas Dental ® se declara capacitado para la realización de dichos procedimientos y se compromete a actuar con ética y responsabilidad en mi beneficio.

2.- Declaro que he sido debidamente informado(a) y comprendo el objetivo y la naturaleza de la cirugía con implantes dentales. Se me ha explicado y consiento en emplear un procedimiento quirúrgico para colocar las estructuras NO biológicas denominadas implantes dentales por debajo de la encía y dentro de los huesos maxilares y/o mandibular, con el objetivo de lograr un anclaje con una estabilidad similar o incluso superior a la de los dientes naturales perdidos o por perder, para reponer el/los diente(s) que he perdido al obtener dicho anclaje para las prótesis dentales fijas y/o móviles, conseguir que el hueso de los maxilares mantenga su función y no pierda volumen por reabsorción, siendo de mi absoluta responsabilidad obedecer y cumplir las indicaciones y los controles indicados por “Llanas Dental ®”.

3.- Declaro que he sido debidamente informado(a) que el tratamiento con implantes dentales podrá o no requerir el uso de otros materiales y/o injertos (hueso, membranas, biomateriales) y que comprendo el objetivo y la naturaleza de dicho requerimiento; que el propósito principal de estos injertos es la reconstrucción de los huesos maxilares y/o mandibular que han sufrido pérdidas de sustancia ósea causadas por infecciones, quistes, resección de tumoraciones benignas o malignas, defectos óseos en torno a prótesis existentes, defectos congénitos o pérdidas óseas por traumatismos. Y que esta Reconstrucción se hace injertando partículas óseas y que estas partículas óseas pueden ser de donantes humanos y/o de origen animal y/o de origen sintético y que se colocaran en conjunto con otros biomateriales como membranas de colágeno, acelulares u otros materiales de origen animal y/o de origen sintético para estimular la regeneración y/o consolidación ósea y/o llenar defectos creados por la pérdida de órganos dentales. Se me ha explicado y consiento en emplear en el procedimiento quirúrgico para colocar estos biomateriales por debajo de la encía, sobre y/o dentro de los huesos maxilares y/o mandibular, con el objetivo de lograr una estabilidad similar a la de los huesos naturales perdidos, y de reponer el/los diente(s) que he perdido al obtener un soporte para implantes dentales prótesis dentales fijas y/o móviles, conseguir que el hueso de los maxilares mantenga su función y no pierda volumen por reabsorción, siendo de mi absoluta responsabilidad obedecer y cumplir los controles indicados por “Llanas Dental ®”.

4.- Declaro que el/los profesional(es) de “Llanas Dental ®” me ha/han examinado debidamente. Que se me han explicado otras alternativas a este/este tratamiento(s), con prótesis convencionales (fijas y removibles), incluso de menor costo, he estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me coloquen implantes dentales y/o biomateriales con el objetivo de reemplazar las piezas dentales que he perdido o deseo sustituir.

5.- Declaro que he sido informado(a) de los riesgos y complicaciones posibles involucradas con el procedimiento quirúrgico, medicación y anestesia. Tales complicaciones incluyen, pero no se limitan a: dolor, inflamación, infección, decoloraciones y/o la pérdida o rechazo del/de el/los Implante(s) Dental(es), la pérdida o rechazo del injerto óseo. Que puedo sufrir una insensibilidad de: labios, lengua, barbilla, mejillas y/o dientes; y que de presentarse estas complicaciones sé que no existe tiempo exacto o predecible para esta sensación de adormecimiento desaparezca o quizás sea irreversible. Que puede surgir también, inflamación o daño del tejido de la zona (diente, hueso, mucosa), fractura ósea, penetración en el seno paranasal maxilar y piso de fosas nasales, penetración en espacios de piso de boca, cicatrización retardada, reacciones alérgicas a medicación, drogas o materiales empleados en la técnica quirúrgica, falla en la osteointegración del implante o injerto óseo lo que podría obligar a un retratamiento o cambio de tratamiento.

6.- Declaro que se me ha explicado que no existe un método que pueda predecir con certeza la capacidad de cicatrización del hueso, de las encías y que es diferente en cada paciente, tras la colocación de implantes y/o tras la colocación de injertos óseos. Declaro que se me ha explicado que en algunos casos los implantes y/o Injertos óseos pueden fallar, pueden no integrarse al hueso nativo, pueden ser rechazados por mi cuerpo y deben ser retirados. Que se me ha informado y entiendo, que las prácticas odontológicas no son 100 % predecibles; por lo tanto, Se que Llanas Dental ® no puede ofrecer garantías o seguridades sobre el resultado final del tratamiento o cirugía.

7.- Declaro haber sido informado(a) de que todas mis enfermedades previas, alergias o tratamientos sistémicos que puedan influir en mi cicatrización o respuesta inmunológica, se me ha informado de la inconveniencia de fumar, de beber alcohol o tomar demasiada azúcar, detiene y/o retarda la cicatrización de las encías y tejidos; y que estos hábitos ponen en mayor riesgo el éxito de los procedimientos con Implantes Dentales y/o Injertos Óseos. Estoy plenamente de acuerdo con las instrucciones sobre el cuidado que debo realizar yo personalmente, en relación a la higiene de mi boca y he comprendido la manera de hacerlo. Me comprometo a acudir a la consulta de mi odontólogo con el fin de ser examinado e instruido, tal como se me indique y me siento plenamente informado de las siguientes cuestiones que he de saber:

CONTRAINDICACIONES PARA IMPLANTES DENTALES: El Especialista me ha explicado que existen condiciones médicas que pueden aumentar el riesgo de complicaciones o contraindicar el tratamiento con implantes dentales y/o injertos óseos. Estas se clasifican en:

1. Contraindicaciones absolutas (NO se puede colocar implantes)	2. Contraindicaciones relativas (Se pueden colocar con precaución)
Tratamientos previos y/o actuales con bifosfonatos y/o antirresortivos. (medicamentos para los huesos) Inmunodeficiencia severa no controlada. Radioterapia reciente en cabeza, cuello, mandíbula o maxilar. Consumo activo de drogas. Infarto agudo de miocardio reciente (menos de 6 meses). Diagnóstico actual de Osteoporosis, Osteopenia y/o cáncer. Enfermedades psiquiátricas que impidan la colaboración del paciente.	Diabetes mellitus descontrolada. Presión Alta Descontrolada (Hipertensión) Trastornos hemorrágicos o anticoagulación no controlada Periodontitis activa no tratada. Fumadores severos (más de 10 cigarrillos diarios). Enfermedades autoinmunes con actividad sistémica activa. Embarazo (en cualquier trimestre). Mala higiene oral persistente. Bruxismo severo sin control.

8.- Declaro que he sido evaluado(a) clínicamente y que, a la fecha, se han identificado o descartado condiciones médicas relevantes para este tratamiento. Si en algún momento mi situación médica cambia, me comprometo a notificar a Llanas Dental ® antes de continuar con el procedimiento, si no notifico, doy información falsa, omito deliberadamente comunicar mis enfermedades y/o condiciones la clínica Llanas Dental ® y el personal que ahí labora, quedará automáticamente exento de cualquier implicación médica y legal derivada de la decisión; y de cualquier implicación médica y/o legal que se deriven de mi evolución subsecuente.

INSTRUCCIONES Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS

IMPORTANTE: Estas indicaciones son generales. Las instrucciones específicas para su caso se reafirmaran y entregarán por escrito al finalizar el procedimiento.

-Antibióticos: Se recetará un antibiótico profiláctico habitualmente por 7 días. Deberá tomar la dosis completa aunque desaparezcan o no haya síntomas.

-Analgésicos: Se le prescribirán un analgésicos no esteroideo (AINE) como ibuprofeno, naproxeno o paracetamol. Tomar solo lo indicado y no combinar sin autorización médica, y se podrá prescribir o no corticoesteroides inyectables para ayudar con la analgesia y/o inflamación.

-Higiene oral: Cepillarse los dientes con suavidad a partir del segundo día, evitando la zona de la cirugía durante los primeros 4 días, No escupir, No enjuagar y No tomar con popote, No cepillar con fuerza ni enjuagar bruscamente, Evitar el uso de irrigadores bucales o hilo dental sobre la zona hasta nueva indicación.

-Enjuague bucal: Usar solución de clorhexidina al 0.12% sin alcohol, desde 24 h después de la cirugía, 3 veces al día durante 7 a 10 días.

-Alimentación: Dieta blanda durante 3 a 5 días, No ingerir alimentos muy calientes, duros o picantes, Evitar el masticar por la zona intervenida, consumir alcohol y/o tabaco.

-Reposo y cuidados generales

Aplicar frío local (compresas) durante el primer día.

Dormir con la cabeza elevada las primeras 48 horas.

NO realizar ejercicio físico por al menos 15 días (Guardar reposo relativo, puede hacer vida normal sin ejercitarse o esforzarse físicamente)

Pasados los primeros 15 días, puede hacer Ejercicio físico Leve (No intenso ni Vigoroso) Hasta cumplidos 60 días después de la cirugía.

Pasados los 60 días de la cirugía, si no hay indicaciones, hacer vida normal.

No fumar ni consumir alcohol al menos durante 10 días.

-Signos de alarma: Debe comunicarse con la clínica de inmediato si presenta: Fiebre superior a 38°, Dolor severo que no cede con analgésicos, Sangrado continuo o abundante, Inflamación que aumenta progresivamente después del tercer día, Secreción con mal olor o sabor metálico.

9.- Declaro que, he podido manifestar todas las observaciones y me han aclarado todas mis dudas, de manera que me siento plenamente informado(a) en lo que se refiere a la realización y a las posibles complicaciones del tratamiento escogido. Y que también se me ha informado de otras alternativas posibles; y de las siguientes cuestiones que he de saber:

Llanas Dental ® le informa al/a la paciente con la mayor claridad posible de las siguientes cuestiones que ha de saber:

Por lo que se refiere a los implantes dentales:

Entiendo que el tratamiento consiste en la colocación dentro de los huesos maxilares o mandibulares, las estructuras NO biológicas denominadas Implante(s) Dental(es), usadas para soportar prótesis dentales fijas.

Acepto que el diagnostico, el tipo, la metodología de la implantación y la prótesis posterior dependerá del/de los profesional(es) de Llanas Dental® que realiza(n) el tratamiento.

Acepto que la metodología de la implantación y la prótesis posterior dependerá del diagnóstico y el plan de tratamiento diseñado exclusivamente para mi caso, y deberé apegarme a dicho plan de tratamiento.

Entiendo que, para un diagnóstico correcto, el/la profesional solicitará los exámenes complementarios que considere oportunos.

Entiendo que, la rehabilitación de prótesis fija con implantes requerirá de dos fases:

1.- Se que la primera de estas fases consta de la cirugía y la colocación del/de los implante(s), dejando un periodo de recuperación de 3 a 6 meses que permite al/a los implante(s) integrarse con el hueso.

2.- Se que la segunda fase es la rehabilitación, y esta es todos los pasos necesarios para colocar la/las prótesis que ira(n) atornillada(s).

Entiendo que los implantes se colocaran si no hay contraindicaciones, según criterio facultativo del/de los profesional(es) de Llanas Dental ®, igual que la/las prótesis posterior(es).

Entiendo que en el postoperatorio se puede producir inflamación en la cara y/o zona de la boca, donde se me ha colocado el/los implante(s) y puedo tener dolor, lesiones en la encía, lengua, afectarse el seno maxilar o las fosas nasales, y/o aparición de sinusitis.

Comprendo que por el tratamiento pueden afectarse la raíz de alguna diente natural, nervios o terminaciones nerviosas y puedo tener alteraciones de la sensibilidad según la afectación, en el labio, mentón, lengua o encías, y estas pueden ser de carácter transitorio o permanente.

Entiendo que existe un porcentaje de fracasos del 5%, y puede ocasionar la pérdida de algún implante o de la prótesis que soporta. Este hecho puede permitir la repetición de la intervención. Y en casos excepcionales, la colocación o la extracción del implante, lo que puede conducir a la fractura maxilar.

•Acepto que es obligado un seguimiento a largo plazo y seguir escrupulosamente las normas de higiene. Entiendo que no acudir a las revisiones puede traer complicaciones futuras, no imputables al /a los profesional(es) que han hecho el tratamiento.

Comprendo que es posible la fractura y/o deterioro de la(s) prótesis y en caso de ser necesario la consecuente necesidad de reparar o sustituir algún componente del implante y/o prótesis.

• Comprendo que el hábito de fumar, consumir excesos de azucares, mantener una mala higiene siempre empeora el pronóstico.

Por lo que se refiere a los Injertos Óseos y/o Biomateriales.

•La intervención consiste en reconstruir de los huesos maxilares y/o mandibular mediante el empleo de injerto óseo de origen animal (Xenoinjertos) o procedente del banco de donantes humanos (Aloinjertos), mediante el uso de fragmentos grandes o bien mediante pequeños fragmentos de hueso triturado.

•Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad, anemia, obesidad, entre otras), lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.

•Las complicaciones de la intervención quirúrgica en la que se va a requerir la IMPLANTACIÓN DE INJERTO ÓSEO pueden ser:

a) Infección de la herida quirúrgica.

b) Lesión vascular.

c) Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pueda causar, temporal o definitivamente, alteraciones sensitivas o motoras.

d) Rotura o estallido del hueso manipulado.

e) Rotura por fatiga del injerto óseo o perdida del mismo por apertura de la herida quirúrgica.

f) Transmisión de enfermedades no conocidas en el momento, no detectables con los criterios actuales de selección de donantes y/o con las pruebas diagnósticas que proporciona la ciencia en nuestros días.

g) Fracaso en la integración del injerto óseo y persistencia de la causa que motivó su utilización.

h) Aflojamiento o rotura del implante metálico o implementos utilizados para la fijación del injerto.

Por lo que se refiere a la prótesis fija: (atornillada y/o cementada a un implante dental)

La restauración del Implante dental con prótesis fija requerirá de dos fases:

1.- Preparación y osteointegración de el/los implantes(s) a restaurar, la toma de Impresiones y/o escaneos 3D (medidas) para la confección de la prótesis permanente y la construcción y colocación de una prótesis provisional o temporal.

2.- Retiro de la prótesis provisional o temporal, pruebas, ajuste colocación atornillada y/o cementación de la prótesis permanente, una vez que: LA ESTETICA, FORMA, TAMAÑO, COLOR y FUNCION hayan sido verificadas y aceptadas por el/la paciente.

El tiempo de vida de los provisionales no es igual que el de una prótesis permanente, y no deberán usarse como tal. El no volver y reemplazar la prótesis temporal por la permanente en el tiempo sugerido puede ocasionar el deterioro y/o perdida de el/los implante(s) tratado(s), enfermedades en las encías, infecciones, problemas de la mordida, entre otras.

Mover, manipular o no seguir las indicaciones para/el/los diente(s) protésicos provisionales o permanentes puede ocasionar el daño el tejido nervioso, y puede causar alteraciones, deterioro,

necrosis e infecciones, provocando dolor, sensibilidad, inflamación, cambios de coloración de el/los tejido(s) y se puede perder tanto los implantes como la prótesis.

El borde de las prótesis fijas normalmente se encontrara cerca o en contacto directo con la encía, y en dicha área se puede presentar irritación, infección y/o deterioro. La correcta higiene y cepillado, uso de hilo dental, una dieta saludable y las limpiezas profesionales habituales, son algunas de las medidas de prevención para dichos problemas.

Por parte del personal de Llanas Dental ® se hará todo lo posible, dentro de lo razonable para asegurar el éxito del tratamiento de prótesis fija sobre implante(s), y aun así hay riesgos de que el/los procedimientos no funcionen como se espera.

Entiendo perfectamente que, durante y a continuación del procedimiento previsto, cirugía o tratamiento, pueden surgir condiciones que, según el criterio del profesional requiera un plan de tratamiento complementario/alternativo, relacionado directamente con el éxito del tratamiento. También apruebo cualquier modificación en diseño, materiales o mantenimiento, si se considera que es para mí beneficio.

14.- Declaro: He sido informado(a) de manera clara, suficiente y previa al inicio del tratamiento sobre los costos asociados al procedimiento con Implantes Dentales y/o Injertos Óseos, y reconozco que los mismos fueron discutidos y acordados con Llanas Dental ®. Acepto cumplir con el pago total de los honorarios pactados, ya sea en una sola exhibición o mediante parcialidades previamente convenidas. Asimismo, manifiesto mi compromiso de saldar el monto acordado una vez recibidos los servicios de manera satisfactoria. Reconozco que el incumplimiento de esta obligación podría generar acciones legales de carácter civil o mercantil conforme a la legislación vigente, incluyendo, en su caso, el reconocimiento del adeudo como exigible con base en lo dispuesto por el artículo 1391, fracción III del Código de Comercio. Para la interpretación o ejecución de esta disposición, ambas partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales competentes en Ciudad Juárez, Chihuahua, sin que ello implique renuncia a los derechos que la ley me confiere como paciente ni a las garantías establecidas en la legislación mexicana.

15.- RIESGOS INDIVIDUALIZADOS: Se me ha informado que las circunstancias individuales de cada paciente (edad, características anatómicas, enfermedades asociadas, alergias, tratamientos previos, hábitos tóxicos como tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, etc.,) pueden incrementar la aparición de riesgos y/o complicaciones. Por este motivo Llanas Dental ® valora individualmente a cada paciente y sus posibles riesgos personalizados, seleccionando el tratamiento con Implantes Dentales más adecuado, considerando el procedimiento y las características propias del paciente. La aplicación del Tratamiento seleccionado se consensuará previamente con el paciente y se le informará de sus riesgos personalizados, que quedarán reflejados a continuación en este consentimiento informado.

RIESGOS INDIVIDUALIZADOS O PERZONALIZADOS: .

16.- Declaro: Haber sido informado por el Dr. Edgar Llanas y/o personal médico-odontológico de la clínica Llanas Dental ® sobre mis derechos conforme a la Ley General de Salud y sus reglamentos, incluyendo el derecho a recibir información clara, oportuna y suficiente; a decidir libremente; a revocar mi consentimiento. Declaro que he leído y comprendido el contenido del presente documento, que este consentimiento ha sido puesto a mi disposición en: y tengo la oportunidad para su lectura, comprensión y resolución de dudas. Asimismo, declaro que he tenido tiempo suficiente para analizar la información, consultar alternativas, y tomar una decisión libre e informada y que este documento constituye un consentimiento informado especializado para mí y mi caso ya que este es un tratamiento específico de carácter quirúrgico, estético, restaurativo y especializado, y se me ha solicitado firmar este consentimiento particular complementario que describe el procedimiento correspondiente, sus riesgos y beneficios, y que este consentimiento es un complemento que no sustituye al Consentimiento General firmado antes.Especificación de Biomateriales y Productos a Utilizar: En cumplimiento con el derecho a recibir información clara y específica sobre los materiales que serán utilizados durante mi tratamiento, declaro que se me ha informado detalladamente acerca de las características, composición, origen y marca comercial de los Implantes Dentales, biomateriales e insumos a emplearse.

Autorizo expresamente el uso de los siguientes materiales, los cuales han sido aprobados por COFEPRIS y se encuentran debidamente registrados para su uso en procedimientos odontológicos en México:

Nombre comercial del/de los Implantes Dentales: Implantes Straumann (BLX ó BLT) SLACTIVE® | ROXOLID® | LOXIM®

Nombre comercial del/de los biomaterial(es): Zcore™ Porcine Xenograft Particulate | enCore® Cortical & Cancellous Allograft (Human Bone)| Cytoplast MicroDerm™ Acellular Dermal Matrix with Micro-Cuts | Osteogenics Cytoplast™ RTM Collagen Membrane | GELATAMP Esponja hemostática de Gelatina.

Origen del Biomaterial: enCore® humano / Zcore™, Cytoplast™, RTM, Cytoplast MicroDerm™ animal / GELATAMP sintético)

Proveedor o laboratorio: Straumann ® | Osteogenics (Conectores Dentales ®) | COA soluciones Odontológicas Integrales ®

Declaro que he recibido información suficiente y comprensible sobre la naturaleza, función, riesgos, beneficios y alternativas de estos materiales, y que mi autorización para su uso es voluntaria y consciente.

ACEPTO: _____ (Paciente o representante legal).

Testigo 1: _____

Testigo 2: _____