

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Denturas Postizas

Nombre del Paciente: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Hechos a considerar

Los candidatos para prótesis (dentaduras postizas) han perdido la mayoría o todos sus dientes. Las dentaduras postizas están diseñadas para remplazar los dientes en las partes inferior y superior de la mandíbula. Los siguientes tipos de dentaduras postizas han sido discutidos:

1. Una dentadura postiza convencional (removible) se coloca en la boca una vez que todos los dientes han sido extraídos y los sitios de extracción han sanado, lo cual toma normalmente de seis a ocho semanas después de la extracción.
2. Se coloca una dentadura inmediata en el momento de la extracción de los dientes. Para que esto sea posible, las medidas y los modelos se toman en la visita preliminar. No obstante, los huesos y las encías pueden encoger con el tiempo, especialmente durante el periodo de sanación de seis meses después de la extracción de los dientes. Cuando las encías se reducen, las dentaduras inmediatas pueden requerir alteraciones para que ajusten de manera apropiada.
3. Una dentadura postiza parcial es una pieza removible normalmente compuesta de un marco, dientes artificiales y material acrílico. Esta dentadura llena los espacios creados por dientes perdidos y previene que otros dientes se muevan de su lugar original.
4. Una sobre dentadura es un tipo de dentadura removible que está apoyada por un número pequeño de dientes naturales o implantes. Los dientes naturales deben de ser preparados (reformados) para que se ajusten a la sobre dentadura y le den apoyo y estabilidad.

Opción (u opciones) elegida: _____

Se requieren las iniciales del paciente

_____ Entiendo que la estabilidad y retención de las dentaduras postizas dependen de varios factores, entre ellos la adhesión y el ajuste de las dentaduras a los dientes naturales, así como los implantes (en su caso), la cantidad y el tipo de hueso, el tejido de las encías, la saliva y mi habilidad de colocar y quitar las dentaduras.

_____ Al usar dientes naturales como apoyo, entiendo que mi dentista anestesiará (adormecerá) mis dientes y la encía alrededor de mis dientes. La superficie para masticar y los costados de los dientes que servirán de apoyo, serán limados para reducirlos y crear espacio para las dentaduras postizas.

_____ Entiendo que el mantener mi boca abierta durante el tratamiento puede causar que mi mandíbula se sienta tiesa y adolorida temporalmente y puede ser difícil abrir totalmente la boca por algunos días. Esto puede ser ocasionalmente una indicación de un problema adicional. Debo notificar a su consultorio si surgen ésta u otras preocupaciones.

Entiendo que las encías pueden sentirse adoloridas o incómodas abajo de las dentaduras. El dentista puede aliviar esto con un ajuste y un tratamiento del tejido. Es posible que sean necesarias varias citas antes de que la dentadura (o dentaduras) sea ajustada cómodamente.

Entiendo que la nueva dentadura (o dentaduras) postiza puede sentirse rara durante algunas semanas, hasta que yo me haya acostumbrado a ella, y la dentadura (o dentaduras) puede sentirse floja mientras los músculos de mi mejilla y mi lengua aprendan a mantenerla en su lugar.

Entiendo que mi dentista tratará, hasta donde sea posible, de crear una apariencia natural para mis dentaduras postizas; no obstante, puede darse el caso de que no sea posible que las dentaduras se ajusten perfectamente a mi labio y a mis rasgos faciales.

Entiendo que comer con la dentadura (o dentaduras) postiza requerirá práctica. Mi dentista ha recomendado que empiece con alimentos suaves cortados en trozos pequeños y mastique lentamente, usando ambos lados de mi boca al mismo tiempo, para evitar que las dentaduras postizas se inclinen. Entiendo que necesito ser cuidadoso al comer comida pegajosa, caliente o dura (por ejemplo: manzanas, palomitas de maíz, uvas pasas o dulces).

Entiendo que el pronunciar algunas palabras puede requerir práctica. Puedo practicar leyendo en voz alta o repitiendo palabras cuya pronunciación me cuesta trabajo. En ocasiones las dentaduras postizas pueden deslizarse cuando me ría, tosa o sonrío. Puedo volver a poner las dentaduras en su lugar al morder ligeramente y tragar. Si el problema con el habla continúa, llamaré a mi dentista para una consulta.

De la misma manera que los dientes naturales, entiendo que mis dentaduras postizas requieren ser cepilladas a diario para eliminar los depósitos de comida y placa. Mi dentista me ha explicado cómo cuidar de mis dentaduras y qué productos usar. Tengo que cepillar mis encías, lengua y paladar con un cepillo de cerdas suaves, antes de ponerme mis dentaduras. Si no limpio o cuido de manera adecuada mis dentaduras, éstas podrían mancharse, desarrollar un olor desagradable, o afectar el sabor de la comida.

Entiendo que cualquier ajuste que yo haga a mi dentadura (o dentaduras) postiza, la puede alterar y causar irritación en encías y mejillas, e incluso llagas. Si mi dentadura (o dentaduras) se afloja, se despostilla, se fractura, o se rompe, llamaré a mi dentista inmediatamente. El pegamento comercial para reparar una dentadura rota, a menudo contiene químicos peligrosos y no debe de ser usado en las dentaduras. El ajustar mi dentadura (o dentaduras) postiza por mi mismo (a) es algo que no está recomendado y puede resultar en cambios permanentes a la dentadura (o dentaduras) que podrían afectar su ajuste y función. Esto también puede resultar en la necesidad de hacer de nuevo la dentadura y en ese caso, entiendo que sería pagada por mí.

Entiendo que tengo que mantener citas regulares con mi dentista para conservar una buena salud bucal y asegurar que mi dentadura (o dentaduras) mantenga su ajuste adecuado y su función.

Entiendo que se hará todo esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento.

Entre otros, los beneficios de las dentaduras postizas son los siguientes:

Entiendo que se puede lograr una apariencia estética razonable.

Con dentaduras, entiendo que mi función y habilidad de comer mejorará, cuando se compara al no tener dientes.

Entre otros, los riesgos de las dentaduras postizas son los siguientes:

- _____ Entiendo que hay problemas potenciales como: enfermedades peridontales (de la encía), fracturas de la porcelana, cambios en la mordida, manchas y cambios en el color, reducción de la encía, acumulación de comida en los dientes, deterioro, desgaste excesivo debido a la fricción o rechinamiento de los dientes y trastorno de la articulación temporomandibular, entre otros.
- _____ Entiendo que las dentaduras postizas pueden tener características y problemas potenciales, como: mal olor, despostilladuras, y desgaste; problemas de estabilidad y retención; cambios en la apariencia facial y de los labios; y adaptación de la lengua y los labios para el habla correcta. Es posible que se requieran ajustes periódicos ya que la encía y el hueso cambian con el tiempo, las sensaciones bucales pueden cambiar y la buena higiene bucal es imperativa.
- _____ Entiendo que las dentaduras postizas que no quedan bien pueden causar irritación constante por un periodo largo de tiempo y pueden contribuir al desarrollo de llagas. El no usar la dentadura (o dentaduras) por un periodo largo de tiempo puede afectar el ajuste de mi dentadura. Mi dentadura (o dentaduras) podría necesitar un nuevo ajuste o incluso un reemplazo. Si mi dentadura (o dentaduras) empieza a sentirse floja o a provocar una fuerte incomodidad, contactaré a mi dentista.
- _____ Entiendo que un labio adormecido puede ser resultado de la presión de una dentadura (o dentaduras) postiza removible. Este problema requiere un ajuste selectivo y en casos raros, el nervio necesita ser reposicionado con una cirugía.
- _____ Entiendo que la orilla de la dentadura (o dentaduras) postiza normalmente cae sobre la línea de la encía, que es un área que tiende a la irritación, infección o deterioro. La higiene apropiada en casa, una dieta saludable y limpiezas profesionales regulares, son algunas de las medidas preventivas para controlar estos problemas.

Entre otras, las consecuencias de no administrar el tratamiento son las siguientes:

- _____ Entiendo que puedo elegir no hacer nada y que mi condición actual continuará y puede empeorarse. Las opciones subsiguientes de reparación dental pueden ser más difíciles, caras o imposibles.
- _____ Entiendo que si no reemplazo mis dientes perdidos, corro el riesgo de afectar la estética de mis dientes y que los dientes que están al lado u opuestos a los espacios pueden moverse, lo que a su vez puede resultar en un colapso de la integridad de la dentadura natural. Esto puede crear o exacerbar un problema temporomandibular.

Proceso de tratamiento:

_____ Entiendo que la siguiente lista de fechas representa una estimación del tratamiento propuesto por mi dentista. Es importante mantener las citas de la manera más apegada a la lista de fechas, o arriesgar el plan de tratamiento.

Examen, selección de tono y molde, e impresión	Fecha estimada: _____
Preparación de la boca, ajuste quirúrgico	Fecha estimada: _____
Impresiones múltiples, con charolas a la medida	Fecha estimada: _____
Prueba y ajuste con cera	Fecha estimada: _____
Ajuste y entrega	Fecha estimada: _____



Entre otras, las alternativas a las dentaduras postizas son las siguientes:

_____ Entiendo que dependiendo de la razón por la cual soy un candidato(a) para adquirir dentaduras postizas, pueden existir alternativas, incluido el uso de implantes dentales para apoyar la dentadura. He preguntado a mi dentista sobre estas alternativas y sus respectivos costos. Las preguntas sobre los procedimientos, sus riesgos, beneficios y costos, han sido respondidas a mi satisfacción.

Alternativas discutidas: _____

Nadie me ha garantizado que el propuesto tratamiento curará o mejorará la condición (o condiciones) mencionada anteriormente. Se me han respondido mis preguntas a mi satisfacción.

- Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal y como se describe anteriormente.
- Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal y como se describe arriba y entiendo las consecuencias potenciales asociadas con esta negativa.

Firma del Paciente (o Representante del Paciente)

Fecha

Doy fe de que he discutido los riesgos, beneficios, consecuencias y alternativas de las dentaduras postizas con _____ (nombre del paciente) quien ha tenido la oportunidad de formular preguntas, y opino que mi paciente comprende lo que se le ha explicado.

Firma del dentista

Fecha

Firma del testigo

Fecha