

6V4824



COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS  
Y ESTOMATÓLOGOS DE LA XI REGIÓN  
(PONTEVEDRA Y OURENSE)

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ELEVACIÓN DE SENO MAXILAR

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D./Dña. ANA RODRIGUEZ VIEITEZ

de ..... años de edad, con DNI nº 44479264R como paciente ha sido informado/a

por el Dr./Dra. JORGE DANICA colegiado nº .....

sobre los procedimientos clínicos de cirugía de elevación de sinusal, que cuentan en el plan de tratamiento propuesto.

Los procedimientos de cirugía de elevación sinusal van dirigidos básicamente a interponer entre el seno maxilar y la cavidad oral una cantidad de hueso suficiente que nos permita insertar, con mayores posibilidades de éxito, implantes osteointegrables. La técnica consiste en acceder al seno maxilar a través de una incisión realizada en la cavidad oral y una ventana practicada en el hueso maxilar. Una vez en el seno se procede a despegar y levantar la mucosa y a introducir, si procede, algún material de relleno óseo. En el mismo acto quirúrgico se puede colocar implantes osteointegrables o no. Ocasionalmente se precisan de procedimientos de fijación u osteosíntesis externos como placas, mallas o tornillos. Posteriormente se sutura la zona.

Este procedimiento está indicado para el problema que tiene el/la paciente, consistente en una insuficiente cantidad de hueso en la zona del seno maxilar para permitir la inserción de implantes osteointegrables.

Se ha sopesado y descartado por distintos motivos, de los que ha sido informado/a el paciente, otros procedimientos terapéuticos alternativos.

El/la paciente ha sido informado/a y conoce los riesgos estadísticamente frecuentes que puede comportar este tratamiento:

- Riesgos propios de la inyección de anestesia local, posibles hipersensibilidades al anestésico difícilmente previsibles, anestésias prolongadas, daños locales por la punción, etc.
- Riesgos de inflamación y dolor en la zona tratada debido al procedimiento quirúrgico
- Riesgo de hemorragias y aparición de hematoma en la zona o áreas adyacentes
- Riesgo de dehiscencia (separación) de las suturas empleadas
- Riesgo de que se produzca pequeños daños en las zonas próximas a las tratadas debido a la manipulación y separación de tejidos propios de la cirugía, en especial desgarros de la mucosa sinusal y rotura de la cortical ósea (que obligaría a utilizar otros procedimientos de cierre del seno maxilar).
- Riesgo de sobreinfección de las heridas quirúrgicas por los gérmenes bucales
- Riesgo por la pérdida de sensibilidad, temporal o no, en la zona tratada por los daños producidos a las pequeñas terminaciones nerviosas
- Complicaciones infrecuentes propias del procedimiento quirúrgico de la elevación sinusal: aparición de sinusitis aguda o crónica (que en ocasiones puede obligar a la reintervención), comunicación orosinusal (que sería indicación de nueva cirugía), alergia a los materiales de relleno utilizados no provenientes del paciente (hueso liofilizado, hidroxiapatita de origen animal, etc.) y colección hemática persistente en seno maxilar (que obligaría a su drenaje).
- Riesgos y complicaciones debidas a los procedimientos de injertos de hueso autólogos (del propio paciente) en caso de utilizarse. La zona donante de hueso puede sufrir complicaciones propias de la extracción de dicho hueso: dolor, inflamación, etc.

Asimismo el Sr./Sra. .... por sus condiciones personales (.....) puede presentar riesgos añadidos consistentes en:.....  
.....  
.....

**Claúsula COVID19**

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.

En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos orales, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión de COVID-19.

Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico

Además, aún NO existe VACUNA que permita la inmunización de la población en general o de los grupos poblacionales de riesgo.

El paciente también ha sido informado de que debe seguir los consejos y pautas de tratamiento dados por el profesional y que deberá consultar cualquier eventualidad que ocurra y que le parezca anormal. Debe además acudir a la revisión de la zona tratada ya retirar los puntos de sutura si procede en el plazo que se le ha indicado, y siempre que tenga cualquier tipo de molestia o duda sobre el tratamiento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Observaciones:.....  
.....

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, consiento que se me practique el tratamiento que me ha explicado.

En ....., a ..... de ..... de .....

El paciente (padre, madre o tutor) DNI

El Odontólogo (y nº de colegiado)

36001837