

## LA ORTODONCIA: INFORMACIÓN IMPORTANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SU TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Felicitaciones por decidirse a comenzar con el tratamiento de ortodoncia. Este ayudará a lograr, además de una bonita sonrisa, una oclusión más funcional, una mejor higiene bucal, un más adecuado balance oclusal y, por consecuencia, una mejor salud del aparato estomatognático (dientes-encías-articulaciones témporomandibulares (ATMs)).

Nos interesa, sin embargo, que antes de comenzar, Ud. Esté informado tanto de los beneficios como de los riesgos que encierra un tratamiento de esta naturaleza, y que a pesar de que los riesgos tienen una baja frecuencia, pueden presentarse. Estos incluyen, entre otros, un aumento del riesgo de caries y gingivitis, reabsorción ósea, acortamiento de raíces, recesiones gingivales y remodelado óseo de las ATM.

**Caries y Gingivitis:** El riesgo de caries y de desarrollar gingivitis se ve aumentado, pero puede controlarse por completo con una buena higiene oral.

Es fundamental continuar controlándose periódicamente con su odontólogo, para prevenir estas patologías.

**Síntomas de Disfunción Témporo-Mandibular (DTM):** El tratamiento ortodóncico no causa DTM. En ocasiones, sus síntomas pueden parecer, incluyendo dolor y/o alteración funcional en músculos de la masticación y ATMs o, desaparecer durante el tratamiento ortodóncico, sin necesariamente relacionarse con la ortodoncia.

**Crecimiento Desfavorable:** En algunos casos, la relación de los huesos de la cara puede variar debido a un crecimiento desproporcionado, o los dientes pueden no erupcionar adecuadamente. Esto puede prolongar o modificar un plan de tratamiento.

**Cirugía Bucal y Máxilo-Facial:** Todo procedimiento quirúrgico, incluyendo extracciones dentarias, involucra ciertos riesgos. Los riesgos quirúrgicos y, eventualmente, el de la anestesia local o general, deben ser discutidos con el cirujano Máxilo-Facial, con anticipación al procedimiento quirúrgico.

**Uso de elementos de anclaje temporal:** microtornillos podría ser necesaria la instalación de microtornillos como elementos de uso transitorio, innovación que permite efectuar movimientos de dientes aplicando fuerzas desde otro punto de anclaje, como es un tornillo colocado en el hueso (este procedimiento puede ser realizado por otro profesional). Sin embargo, su retención no está garantizada, es posible que cedan y deban ser reubicados en otra posición.

Además, se encuentra el riesgo inherente a todo procedimiento quirúrgico como es la inflamación y/o infección de la encía o el hueso, fractura del tornillo o sensibilidad por contacto directo en las piezas adyacentes.

**Recidiva:** Es común que los dientes tiendan a cambiar de posición después del tratamiento. Esto es controlado, en gran medida, usando retenedores por tiempos variables (meses, años o indefinidamente). De la misma forma, el posible crecimiento remanente o residual que es impredecible, puede afectar negativamente el resultado del tratamiento.

**Reabsorciones radiculares:** Las raíces de los dientes de algunos pacientes, se pueden acortar durante el tratamiento de ortodoncia. No se saben con exactitud sus causas, ni se puede predecir qué pacientes las experimentarán. Sin embargo, dichas piezas con las raíces acortadas, se pueden mantener toda la vida. Si la reabsorción se detecta durante el tratamiento de ortodoncia, es posible que se le recomiende una pausa en el tratamiento o la remoción de los aparatos antes de completar su fase activa.

Si el caso lo amerita se derivará al especialista que se estime conveniente y/o se pedirán los exámenes complementarios que sean necesarios, a fin de lograr un mejor resultado del tratamiento. Dado lo anterior, es que le agradeceremos nos informe si usted o el (la) paciente, sufre o está en tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades u otra que no esté detallada a continuación:

Alergias\_\_ Tipo de Alergia: Medicamentos\_\_ Metales\_\_ Estacional\_\_ Otras\_\_

Cuál/les: \_\_\_\_\_

Asma\_\_ Diabetes\_\_ Cardiopatía\_\_ Otra(s)\_\_ Indique \_\_\_\_\_

**Está en tratamiento:**

Hormonal\_\_ Bifosfonatos\_\_ Antidepresivos\_\_ Acné\_\_  
Otro(s) \_\_\_\_\_

Sufre frecuentemente magulladuras o "chichones": \_\_\_\_\_

Otra enfermedad o dolencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si está bajo algún tratamiento médico, le agradeceremos entregarnos los datos del médico tratante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono(s) de contacto: \_\_\_\_\_

Declaro que he informado al profesional tratante sobre todas las condiciones médicas y/o dentales que me aquejan, como también de todo otro antecedente que pueda ser importante para mi tratamiento.

He tenido oportunidad de aclarar mis dudas con respecto a la información contenida en este Consentimiento Informado, del Presupuesto de Ortodoncia adjunto y del Tratamiento Ortodóncico ofrecido.

Conozco el diagnóstico de la condición por la que seré tratado, se me han explicado alternativas de tratamiento, así como, he sido informado(a) de los riesgos y ventajas que implica el tratamiento propuesto.

Autorizo al Dr. \_\_\_\_\_, para realizar el Tratamiento

de Ortodoncia a: \_\_\_\_\_; así como también a utilizar información diagnóstica de dicho paciente para comunicación profesional, en caso de que esto fuese conveniente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE O APODERADO

Santiago, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.