

4.- Endodoncia. El propósito principal de esta intervención es la eliminación del tejido pulpar (conocido vulgarmente por el nervio del diente) inflamado o infectado, o de un proceso granulomatoso o quístico.

La intervención consiste en la eliminación del tejido enfermo y rellenar la cámara pulpar y los tejidos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente o molar.

El dentista me ha advertido que, a pesar de realizarse correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía de partes de la raíz del diente al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. A pesar de realizarse correctamente la técnica, es posible que no se obtenga el relleno, quede corto o largo.

El dentista me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente.

También sé que es frecuente que el diente/molar en que se realice la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares.

5.- Prótesis. Me ha explicado el Dentista, la necesidad de tallar los pilares de la prótesis, lo que conlleva la posibilidad de aproximación excesiva a la cámara pulpar (nervio) que nos obligaría a realizar una endodoncia y en algunos casos, si el muñón quedase frágil, a realizar una espiga colada.

También me ha explicado el Dentista, la necesidad de mantener una higiene escrupulosa para evitar el desarrollo de caries, gingivitis y secundariamente enfermedad periodontal.

Asimismo, se me informa de la importancia de visitas periódicas (entre 6 meses y un año) para controlar la situación de la prótesis y su entorno.

Por otro lado, se me aclara que existe la posibilidad de fractura de cualquiera de los componentes de la prótesis muy relacionada con el uso que yo tenga de la misma.

El dentista me ha explicado que todo acto odontológico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

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 recibida y que comprendo el balance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones, consiento que se me practique el tratamiento que me sido explicado por el Dr/a Alcove Pego, colegiado nº 12820 del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Orense y Pontevedra.

Observaciones:.....

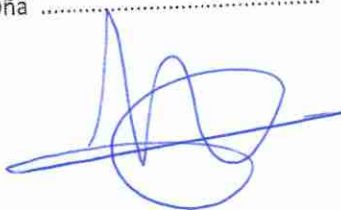
.....

.....

En Vigo a 29/10/24.

Fdo. D/Dña

Fdo. D/Dña



El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Orense y Pontevedra, de acuerdo con la legislación vigente en España, obliga a sus colegiados a explicar este formulario a todos los pacientes que van a ser tratados de determinadas enfermedades.