

4V05434



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE TARTRECTOMÍA**

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

D/D<sup>a</sup>: Andrés Amarilla con

D.N.I. 60212057 N como paciente (padre/madre, tuto/tutora o

representante legal) en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente

DECLARO que:



El/la Higienista, D./D<sup>ña</sup> \_\_\_\_\_ me ha

explicado que es conveniente, en mi situación, la aplicación del tratamiento de Tartrectomía dándome la siguiente información:

- El propósito principal del tratamiento tiene como finalidad la eliminación de los factores irritativos e infecciosos locales (cálculo dental o masa mineralizada adherida a la superficie de los dientes y su margen gingival libre y placa bacteriana) para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los dientes.
- El sarro o cálculo es un factor irritante que en el caso de no eliminarlo dará lugar a una inflamación de las encías (gingivitis y periodontitis) que se manifestara con dolor, hinchazón y sangrado de las mismas y que llega a afectar a los tejidos de soporte de los dientes.
- La técnica se lleva a cabo mediante un aparato de ultrasonidos que produce una vibración que hace desprender el cálculo del diente o bien de forma manual mediante instrumental específico. Aunque no es una técnica dolorosa, si puede resultar en algunos casos molesta dependiendo de la sensibilidad dentaria de cada persona.
- También se realizará la remoción de manchas dentales extrínsecas y pulido especializado con pasta abrasiva, o bien mediante un aeropulidor con el sistema a base de bicarbonato de sodio a presión.
- El tratamiento, en principio, no necesita la administración de anestesia local. En caso de necesitarla, se podrá administrar vía tópica, administrando benzoína en gel difundándose a través de la mucosa, para aliviar levemente el dolor provocado por la sensibilidad dental.

## RIESGOS PROBABLES EN CONDICIONES NORMALES

- Es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria o movilidad que normalmente desaparecerán bien espontáneamente o bien por tratamiento posterior.
- Aunque se practiquen los medios diagnósticos que se han estimado precisos, pueden producirse procesos edematosos, inflamación, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada sino que son imprevisibles aunque relativamente frecuentes
- En caso de ser necesaria la anestesia el paciente tendrá la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en un plazo corto de tiempo
- Puede producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de la desinflamación del tejido afectado, y que puede producirse movilidad dentaria.
- También pueden producirse una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrán requerir tratamiento complementarios médicos. Los casos más comunes son:
  - a) Pacientes con restauraciones del tercio gingival, coronas y carillas: debido a la vibración del ultrasonido, éstas podrán soltar, arañarse, descementarse, etc.
  - b) Exposición radicular por migración de la encía, dando lugar a la sensibilidad dental.
  - c) Pacientes portadores de marcapasos: el paciente entiende que, de no informar de portar dicho elemento, está poniendo en peligro el correcto funcionamiento de éste y que, por lo tanto, renuncia al derecho a denunciar, puesto que está omitiendo un dato importante para la realización de cualquier acto médico, poniendo en peligro su salud.
  - d) Pacientes inmunosuprimidos: por posibles septicemias. e) Pacientes hemofílicos o con problemas hemorrágicos.
  - f) Pacientes con diabetes grave no controlada.
  - g) Pacientes con cardiopatías: riesgo de endocarditis y mayor riesgo de sangrado, ya que, suelen estar tratándose con anticoagulantes. En estos casos, el odontólogo/estomatólogo, valorará la posibilidad de no tratar al paciente, de sustituir el tratamiento por otro más acorde a la situación del paciente, a pautar cobertura antibiótica previa o cualquier otra preocupación, según cada caso.
- H) En caso de tener una prótesis articular de sustitución el paciente deberá ponerlo en conocimiento del profesional sanitario para tomar las medidas oportunas.



ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con  
D.N.I. \_\_\_\_\_ como paciente (padre/madre, tutor/tutora o representante  
legal) REVOCA el consentimiento prestado ante el Higienista Dental  
con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
informante D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, no deseando proseguir  
en tratamiento propuesto.

Firma del/de la Higienista

Firma del/de la paciente, padre/madre, tutor/tutora o  
representante legal

D/D<sup>e</sup> \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

