

19406



Colexio Profesional de Hixienistas Dentais de Galicia

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^a: Sessica Capelo Fernández con
D.N.I. 77412192B como paciente (padre/madre, tutor/tutora o

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

DECLARO que:



El/la Higienista, D./D^{ña} _____ me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a 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 ultrasonido 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.

ADVERTENCIAS IMPORTANTES.

- Es necesario visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental. Se ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas, prescritas por el odontólogo, al menos una vez al año, de sesiones de profilaxis e higiene dental, realizadas por el higienista, que deberán realizarse a lo largo de toda la vida.
- El objetivo perseguido puede no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que, sin esmerada contribución por parte del paciente, en el control de placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

SITUACIÓN FINAL

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el facultativo me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Si surgiera cualquier situación inesperada durante la intervención, autorizo a mi especialista a realizar cualquier procedimiento o maniobra que, en su juicio clínico, estime oportuna para mi mejor tratamiento.

También comprendo, que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, me considero en condiciones de ponderar debidamente tanto los riesgos como la utilidad y beneficio que puedo obtener del tratamiento. Así pues, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y por ello, **Yo DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se realice el tratamiento. Para que conste firmo el presente

Firma del/de la Higienista

Colegiado nº



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

D/Dª

En Vigo a 1 de Agosto de 2024

ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a: _____ 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^a _____, 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^o _____

D/D^a _____

En _____ a _____ de _____ de _____

