



Colexio Profesional  
de Hixienistas Dentais  
de Galicia

VE02308

#### 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>: MAXIMINO MADEIRA CAIÑA con  
D.N.I. 76673462-H 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<sup>ña</sup> LAURA RAQUE SARA 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 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 benzocaína 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 474

D/D<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  


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

representante legal

D/D<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  


En

Vigo

a

20

de

Febrero

de

2025

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>o</sup> \_\_\_\_\_

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

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