

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ODONTOPEDIATRÍA

En cumplimiento de la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, le presentamos para su firma el siguiente documento:

D./Dña., con DNI. como padre/madre/tutor del niño/a..... ha sido informado/a por el odontólogo/a con número de colegiado sobre los procedimientos clínicos de odontopediatría, que constan en el plan de tratamiento que previamente he aceptado.

Los procedimientos propios de la odontopediatría van dirigidos al tratamiento de las patologías dentales (caries, fracturas dentarias, hipoplasias del esmalte...) intentando conservar al máximo las estructuras dentarias y su función y asegurar en lo posible el correcto recambio dentario. Dentro de estos procedimientos se incluyen las extracciones, obturaciones (empastes) realizados con distintos materiales, pulpotomías (eliminación parcial de la pulpa dentaria - vulgarmente conocida como nervio), pulpectomía (eliminación total de la pulpa), apicoformación (tratamiento pulpar en dientes permanentes con ápice abierto), mantenedores de espacio (banda-ansa, arco linguae, barra transpalatina, placa de reposición...)

El/La paciente y su representante legal han sido informado/as y conocen los riesgos estadísticamente frecuentes que puede comportar este tratamiento:

- Riesgos propios de la inyección de **anestesia local**: posibles hipersensibilidad al anestésico difícilmente previsibles, alergia al anestésico, anestésias prolongadas, daños locales por la punción, mordisqueos post tratamientos.
- Riesgo de **sensibilidad**, dolor u otras alteraciones irreversibles en el complejo dentino-pulpar en caso de obturaciones profundas que implicarían la necesidad de realizar una pulpotomía o endodoncia del diente afectado.
- Riesgo de **ingesta** o incluso **aspiración** de pequeños restos de material de obturación sobrante.
- Riesgo de pequeños daños en los **tejidos blandos** adyacentes a la zona de trabajo (encía, carrillo, lengua, etc) debido al uso del instrumental de trabajo, instrumentos separadores o clamps para separar el dique de goma. Este riesgo será mayor en caso de niños poco colaboradores.
- En caso de **tratamientos estéticos** existirá siempre el riesgo de no cumplir con las expectativas del paciente por motivos difícilmente evitables: inexistencia de tonos de color exactos, decoloraciones o tinciones no corregibles...
- Riesgo de que los tratamientos que afecten a la pulpa (vulgarmente conocida como nervio) como la **pulpotomía**, fracasen debido a la presencia de infección en los conductos radiculares.
- Riesgo de que los tratamientos que afecten a la pulpa (vulgarmente conocida como nervio) como la **pulpectomía o apicoformación**, fracasen debido a la poca colaboración del paciente.
- Riesgo de que se **despeguen o fracturen** ciertos dispositivos utilizados en odontopediatría como mantenedores de espacio o coronas metálicas. En este caso habría que acudir a la consulta tan pronto como sea posible.
- En caso de que sea preciso utilizar **medicación relajante** en casos de pacientes poco colaboradores, existe el riesgo, muy infrecuente, de reacciones adversas a dicha medicación. En caso de utilizarla, se debe estar muy pendiente del niño/a hasta su completa recuperación.

• Riesgo de que el tratamiento no pueda ser realizado si el niño no es mínimamente colaborador. En este caso, odontólogo y padres deberán decidir la actuación a elegir.

• Apartado especial para tratamientos de **pulpotomía y pulpectomía.**

Entiendo que se me ha explicado que es necesario que se realice un tratamiento de pulpotomía o pulpectomía en uno o más dientes a mi hijo/a. Además, se me ha informado sobre la importancia que tiene la conservación de los dientes temporales para el desarrollo general y bucofacial.

- Los objetivos de estos tratamientos son eliminar el tejido enfermo del diente temporal, eliminar posibles infecciones (flemones) y mantener el diente en la boca del niño/a. Además, se le devolverá la función al ser restaurado de forma directa (empaste) o indirecta (corona), evitando posibles afectaciones del diente permanente, ya que está en íntimo contacto con el temporal.

- Para poder realizar cualquier tratamiento en un paciente pediátrico es indispensable contar con la colaboración del niño/a.

- El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara de mi hijo/a, la cual desaparecerá al cabo de unas horas, podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara, bajada de tensión y mareo.

- En ocasiones, un diagnóstico inicial de pulpotomía puede verse alterado por distintos motivos que compliquen su realización, por lo que será necesario proceder a una pulpectomía. Después de una pulpectomía puede ocurrir que no se consiga eliminar todas las bacterias y que por ello persista la infección. Si esto ocurriera, el tratamiento indicado sería la extracción del diente temporal.

- Para que estos procedimientos tengan el éxito que se espera o, en caso de que surja cualquier inconveniente éste pueda ser solucionado cuanto antes, es fundamental acudir a las revisiones que el odontopediatra fije con el fin de analizar la evolución del tratamiento y examinar el estado bucal de mi hijo/a. Además, es muy importante recordar la importancia que la higiene tiene en el mantenimiento de una correcta salud bucodental.

Así mismo el niño/a por sus especiales condiciones personales (.....)
puede presentar riesgos añadidos consistentes en:

El paciente y sus padres o tutores también han sido informados de que los trabajos de odontopediatría, debido a las fuerzas que soportan, al paso del tiempo y a la mala higiene oral por mal cepillado, sufrirán deterioros (fisuras, desprendimientos, desobturado...) que harán necesario su renovación periódica hasta que se produzca el recambio dentario. Para prevenir estas circunstancias se informa que debe someterse a revisiones periódicas, en ningún caso espaciadas más de seis meses y siempre que tenga cualquier tipo de molestia o duda sobre el tratamiento.

Yo, D./Dña. como padre/madre/
tutor del niño/a he sido informado/a por el
odontólogo/a comprendo el alcance y el significado de
dicha información y consiento en tratar al niño mediante los procedimientos clínicos de odontopediatría incluidos en el plan de tratamiento.
También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

En a de de 20

Firma del paciente (padre, madre, tutor/a)

El odontólogo informante