



CONSENTIMIENTO INFORMADO EN REHABILITACIÓN ORAL

Yo (como paciente), con DNI No.
....., mayor de edad, y con domicilio en
..... o Yo
..... con DNI No., mayor de edad, y con
domicilio en
en calidad de representante legal de

DECLARO

Que para la realización el Cirujano Dentista
me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar un tratamiento de
rehabilitación oral que puede precisar distintos tipos de técnicas y tratamientos entre ellos:

1.- Anestesia local. Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar baja de la presión arterial que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que, aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico, asfixia y que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

2.- Extracciones dentales. La intervención consiste en la aplicación de un fórceps a la corona, practicando la luxación con movimientos de lateralidad, de manera que pueda desprenderse fácilmente del alvéolo donde está insertada.

Aunque se me realizarán los medios diagnósticos que se estimen convenientes, comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente que se me vaya a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alvéolo de una sustancia o de sutura. También sé que en el curso del procedimiento



Colegio de Cirujanos Dentistas del Perú – Región Arequipa

Consejo Administrativo Regional

de la extracción se pueden producir, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del maxilar o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas u continuará con la extracción.

3.- Obturaciones o empastes. El propósito principal de esta intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente o molar y su función, restableciendo al tiempo, siempre que sea posible, la estética adecuada.

La intervención consiste en limpiar la cavidad de tejido cariado y reblandecido y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado hermético, conservando el diente o molar.

El Cirujano Dentista me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo.

También me ha recomendado que vuelva a visitarle si advierto signos de movilidad o alteraciones de la oclusión, pues en ese caso sería preciso ajustar la oclusión, para aliviar el dolor y para impedir la formación de una enfermedad periodontal y/o trauma. Comprendo que el sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria la endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente o molar quedar frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una funda protésica.

También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma u el color del diente tras el tratamiento porque las cualidades de los empastes nunca serán idénticos a su aspecto sano.

4.- Endodoncia. El propósito principal de esta intervención es la eliminación del tejido pulpar 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 Cirujano 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 del ápice radicular, llamada apicectomía al cabo de algunas semanas, meses o incluso años.

A pesar de realizarse correctamente la técnica, es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una reendodoncia, como en el caso de que el relleno quede corto o largo.



Colegio de Cirujanos Dentistas del Perú – Región Arequipa

Consejo Administrativo Regional

El Cirujano Dentista me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color u 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 dentro de la raíz llamados espigos

5.- Prótesis. Me ha explicado el Cirujano 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 un espigo colado o de fibra.

También se me ha explicado la necesidad de mantener una higiene escurpulsosa 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 aclaró que existe la posibilidad de fractura de cualquiera de los componentes de la prótesis, muy relacionada con en el uso que yo haga de la misma.

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

He comprendido lo que se me ha explicado de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de rehabilitación oral.

En Arequipa, a de de

El Paciente o
Representante Legal

Cirujano Dentista
COP