

## 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/Dº....., 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 previsible, alergia al anestésico, anestesia prolongada, 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.

Lugar y fecha:

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

El odontólogo informante