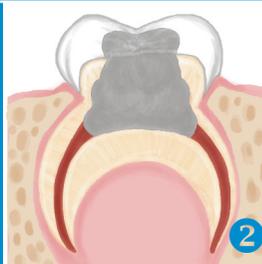


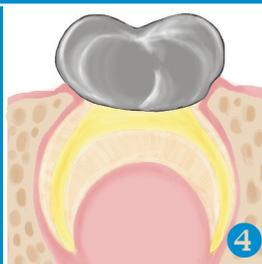
La progresión de la caries es muy rápida en los dientes temporales, debido a su particular anatomía. Cuando la caries alcanza parcialmente a la pulpa (nervio) el tratamiento indicado se llama pulpotomía.

La pulpotomía consiste en la eliminación de la parte afectada del nervio y, posteriormente, en el sellado y restauración del diente. Dependiendo de la destrucción del diente se deberá colocar un material directo (empaste) o una corona metálica.



La pulpectomía consiste en la eliminación completa del nervio debido a la afectación total del mismo y la presencia de infección, como consecuencia de una caries profunda.

Después de eliminar el nervio y limpiar los conductos, estos son rellenos con un material. Para restaurar el diente y evitar posibles fracturas, lo indicado es colocar una corona de acero inoxidable.



CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRÍA

Clínica dental:

Dr./Dra.:

Colegiado nº



C/ Mauricio Legendre 38, 28046 Madrid - Tel. 91 561 29 05 / Fax: 91 563 28 30
www.coem.org.es @dentistasCOEM



CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO ODONTOPEDIATRÍA

Nombre del paciente
Representante legal con DNI nº
en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del paciente.....
.....

DECLARO:

- 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 para el desarrollo general y bucofacial tiene la conservación de los dientes temporales.
- Que antes de proceder a dicho tratamiento he sido informado/a de que:
 - ⇒ 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/la odontopediatra es un profesional especializado en el trato y manejo de niños, pero en determinadas ocasiones, es posible que precise del uso de ciertos procedimientos que buscan controlar el comportamiento del niño/a para que el tratamiento pueda ser realizado con eficacia y seguridad. Se me han especificado claramente cuáles van a ser estas maniobras en caso de ser necesarias.
 - ⇒ 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. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Más raramente, puede provocar 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.

DECLARACIONES Y FIRMAS

REPRESENTANTE LEGAL

D. / Dª con DNI
y domicilio en calle nº
declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra
me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.
También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.
He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./Dª
con DNI dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.
En a de de 20.....

Firmado, el/la representante

FACULTATIVO

Dr/Dra.
He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.
En a de de 20.....

Firma, nº de colegiado

NEGATIVA DEL REPRESENTANTE LEGAL A LA REALIZACIÓN

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL REPRESENTANTE LEGAL

En a de de 20.....

Firmas: El representante legal El/la facultativo/a Colegiado