

Nombre de la clínica:
Nombre del facultativo/a:
Nº de colegiado/a:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE TRATAMIENTO PULPAR EN DIENTE PERMANENTE INMADURO (RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO / PULPOTOMÍA / REVASCULARIZACIÓN/ APICOFORMACIÓN)

Características del procedimiento:

¿En qué consiste?

Cuando un diente permanente no ha completado su desarrollo radicular, la raíz es más corta de lo que será finalmente y el extremo apical presenta un diámetro elevado y una forma irregular, por lo que en caso de necesitar un tratamiento de conductos (endodoncia) este no puede llevarse a cabo de la misma forma que en un diente completamente formado.

El tratamiento pulpar en un diente permanente joven trata de lograr la estimulación del tejido pulpar viable que pudiera quedar en el interior de los conductos radiculares para que el diente pueda completar su desarrollo radicular. Si no hubiera tejido pulpar viable, el objetivo será formar una barrera en el extremo de la raíz que permita rellenar adecuadamente el conducto.

¿Para qué sirve?

Es una intervención que se realiza para intentar conservar el diente en el lugar que ocupa en la arcada dentaria.

¿Cómo se hace?

Tras anestésiar localmente la zona, se realiza una cavidad para acceder al interior del diente. Luego se limpian los conductos radiculares y se rellenan con un material adecuado. Finalmente se coloca un empaste provisional que deberá ser sustituido por otro definitivo. Será necesario utilizar radiografías dentales intraorales para realizar el procedimiento. Dependiendo del estado previo del diente y de la anatomía que presente, pueden ser necesarias una o más sesiones.

Riesgos y complicaciones:

Cualquier intervención en un paciente conlleva riesgos. La mayor parte de las veces no se presentan complicaciones, pero a veces sí, por lo que es importante que estas se conozcan. Las más frecuentes son:

A) Referidas al uso de anestésicos locales:

Interrupción de la función sensitiva (sensación de hormigueo) generalmente de forma temporal, ulceración en la mucosa, aparición de hematomas y alteraciones generalmente transitorias como bloqueo de la articulación temporomandibular, crisis vaso-vagal consistente en sudoración fría, sensación de mareo, bajada de tensión arterial e incluso lipotimia.

En el caso de existir alguna alergia conocida a los anestésicos debe avisar siempre al profesional. Si hubiera alguna alergia desconocida pueden producirse alteraciones del tipo urticaria, edema de glotis e incluso *shock* anafiláctico, que necesitarían otros medios de reanimación.

B) Referidas al tratamiento en sí:

Durante la fase de apertura y limpieza de los conductos pueden aparecer dificultades anatómicas, no detectables previamente, que compliquen la realización del tratamiento de conductos tales como: existencia de una red compleja de curvaturas o calcificaciones imposibles de trabajar con los instrumentos disponibles actualmente, o bien, contratiempos como la fractura de algún instrumento, que el profesional intentará subsanar, pero que en el caso de no lograrse, complicarían el pronóstico del tratamiento.

En algunos casos es necesario colocar en el interior del diente agentes antibacterianos a los que es posible que el paciente no haya estado expuesto anteriormente (hidróxido de calcio, metronidazol, ciprofloxacino, minociclina, etc.), por lo que pudiera tener alguna alergia desconocida.

C) Referidas al futuro del tratamiento:

Una vez finalizado el tratamiento de conductos es necesario realizar la restauración definitiva del diente. Si dicha reconstrucción no fuese la indicada, o se retrasase en exceso o el paciente tuviera hábitos de apretamiento (bruxismo) o mordiese accidentalmente alimentos muy duros sobre los dientes desvitalizados, podrían producirse fisuras verticales o fracturas radiculares que empeorarían el pronóstico restaurador, pudiendo llegar a implicar la necesidad de extraer el diente.

Una vez terminado el tratamiento, el diente podría quedar sensibilizado a la presión durante un periodo más o menos largo pudiendo ser necesario tomar algún analgésico. En algunos casos puede llegar a producirse la inflamación de los tejidos próximos al diente, pudiendo ser necesaria la administración de antibióticos.

Serán necesarias revisiones y radiografías algún tiempo después de realizar el tratamiento para comprobar su evolución y pronóstico definitivo. Puede producirse algún cambio de coloración externa en la corona. En los casos de en los que se intenta estimular el tejido pulpar viable que pudiera quedar en el interior de los conductos radiculares mediante RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO, PULPOTOMÍA o REVASCULARIZACIÓN si no se completara el desarrollo radicular con uno de estos tratamientos inicialmente, podría ser necesario realizar alguno de los siguientes o bien necesitar algún otro procedimiento como el retratamiento quirúrgico o no quirúrgico.

Riesgos personalizados:

Se hará siempre una historia clínica de las enfermedades que afecten al paciente para comprobar la idoneidad del tratamiento pulpar en diente permanente joven.

Información de su interés:

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento dental al que va a ser sometido y los riesgos y complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este tratamiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico que le atiende está capacitado y dispone de medios para tratar de resolverlas. Por favor, lea atentamente este documento y consulte con su dentista las dudas que pueda tener.

Alternativas al procedimiento:

La extracción del diente.

Versión del documento: 07/2017



**CONSENTIMIENTO INFORMADO – TRATAMIENTO PULPAR
EN DIENTE PERMANENTE INMADURO
(RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO / PULPOTOMÍA /
REVASCULARIZACIÓN/ APICOFORMACIÓN)**

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:

Yo, D/Dª como paciente, o
D/Dª como su representante legal en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO:

Que el/la Dr/Dra me ha explicado, en términos asequibles, que necesito un **tratamiento pulpar en diente permanente joven** en el/los diente/s y me han sido expuesto los posibles riesgos generales contenidos en las hojas informativas adjuntas, publicadas por la Asociación Española de Endodoncia (AEDE), permitiéndome realizar todas las observaciones y preguntas para aclarar mis dudas.

Riesgos personalizados en su caso:

Consiento en que se tomen fotografías o registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del paciente.

Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** en que se me realice el **tratamiento pulpar en diente permanente joven**.

En a de de 20.... Hora: :

Firma del paciente:

Firma del profesional:

Fdo. D/Dª

Fdo. D/Dª

DNI nº:

DNI nº:

INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de datos y la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos de que sus datos personales son objeto de tratamiento por parte de:

NOMBRE, CIF Y DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA

Dicho tratamiento está legitimado al resultar necesario para dar cumplimiento a las obligaciones legales derivadas del presente documento. Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición así como los de limitación y portabilidad dirigiéndose por escrito a la dirección postal anteriormente indicada o bien a través del correo electrónico

“He leído y comprendido la información y consentimiento que presto sobre el tratamiento de mis datos personales”.

Firma del paciente:

AEDE
Asociación Española de
ENDODONCIA

Fdo. D/D^a

DNI nº: