

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RETENCIÓN DE POSTE(S) Y PERNO(S).
Rev 10/2021

ASPECTOS A CONSIDERAR

El propósito y la necesidad de colocar postes y/o pernos de retención en los dientes surge cuando queda poca estructura dental natural que con los procedimientos habituales de tratamiento dental no sería posible conservar el diente en estado vital o no vital. Por lo tanto, es necesario colocar pernos o postes en la estructura dental restante, con el fin de formar una subestructura sobre la que se puede colocar un gran empaste o una corona para restaurar y conservar el diente. Este tipo de tratamiento puede ayudar a evitar la extracción de la estructura dental restante junto con sus raíces y posiblemente evitar la sustitución artificial.

ENTIENDO que la colocación de POSTES y/o PERNOS DE RETENCIÓN que a menudo es necesario colocar cuando no queda suficiente estructura para apoyar la restauración de un diente o dientes en particular puede incluir posibles riesgos inherentes, como, por ejemplo, pero sin limitarse a lo siguiente, no hay promesas ni garantías en cuanto a los resultados deseados que pueden o no lograrse:

1. **Tratamiento del conducto radicular:** Aunque el diente esté muy roto, el tejido nervioso puede seguir siendo vital y, en la mayoría de los casos, es mejor mantener el diente en un estado vital en lugar de eliminar el tejido nervioso vital. Debido a la falta de estructura dental, en muchos casos se pueden colocar pernos en la estructura dental restante para soportar la restauración del diente. Sin embargo, a veces estos pernos pueden incidir en el tejido nervioso restante y provocar su degeneración, lo que requiere la extracción del nervio y el tratamiento del conducto radicular.
2. **Fractura de la corona o de la raíz:** A veces, sobre todo cuando un diente ha sido tratado endodónticamente (teniendo un mal tratamiento de conductos), el diente restante o la estructura de la raíz puede haberse vuelto frágil debido a la estructura dental socavada o reducida. Al insertar los pernos o postes necesarios para la retención de un empaste o una corona de gran tamaño, puede producirse una fractura o división, que en la mayoría de los casos hará necesaria la extracción del diente, por lo que será necesario sustituirlo por un puente o un implante.
3. **Perforación:** Cuando se insertan postes o pernos, existe la posibilidad de perforar una raíz del diente o, en algunos casos, la cámara pulpar. Si esto ocurre, en algunos casos es posible reparar la perforación, lo que puede requerir la remisión a un especialista. Sin embargo, si esto no es posible, puede ser necesario extraer el diente y sustituirlo por un puente o un implante. Si un

pilar de puente o un diente coronado requiere la colocación de un poste, la posibilidad de perforación aumenta debido a la anatomía oscura.

4. **Aflojamiento o rotura:** Existe la posibilidad de que los pernos o postes se aflojen o incluso se rompan, lo que podría hacer que la restauración se desprenda. Este suceso podría ser el resultado de masticar materiales excesivamente duros, cambios en las fuerzas de mordida, golpes traumáticos en la boca, etc. El desprendimiento de la restauración puede parecer que se produce al masticar algo blando, o sin ninguna razón aparente, mientras que el aflojamiento o la rotura de los pernos o postes en realidad se produjo antes por las razones mencionadas.
5. **Sensibilidad, dolor o molestias:** Existen todas las posibilidades cuando se requiere el tratamiento de los dientes con pernos o postes. Si alguno de estos síntomas persiste, es necesario ponerse en contacto con esta oficina para un examen.
6. **Los temporales son muy débiles:** en los casos en que se necesiten postes y/o pernos de retención, los dientes pueden romperse en cualquier momento. Evite masticar con algún diente provisional. No mastique con ningún diente si el trabajo dental no está terminado al 100%. Si su diente se rompe, se creará un nuevo plan de tratamiento. Muchos pacientes no son conscientes de los hábitos parafuncionales como apretar y rechinar los dientes. Pero hay muchos hábitos como morderse las uñas/las cutículas, morderse los labios o las mejillas, apretar los dientes durante un entrenamiento que son hábitos diurnos subconscientes, etc.
7. Reconozco que es mi responsabilidad buscar atención en caso de que ocurra algún problema indebido después del tratamiento. Seguiré con diligencia todas las instrucciones preoperatorias y postoperatorias que se me den.

PARA TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente.

Entiendo que toda la medicación en esta clínica dental tiene el potencial de producir riesgos, efectos secundarios y reacciones adversas. Pueden causar enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picor, vómitos y/o choque anafiláctico. Confirmando que, según entiendo, se me ha facilitado un informe acertado de mi historial de salud mental y física. También he informado de cualquier alergia o reacción inusual a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestesia, polen, polvo, enfermedades

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

✉ info@stDental.com 🌐 www.stDental.com



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

corporales o de la sangre, reacciones en piel o encías, sangrado anormal o cualquier otra condición previa relacionada con mi salud.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de la colocación de poste(s) y perno(s) de retención. Creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento como se indica a continuación.

CONSENTIMIENTO

He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios materiales de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita y que he entendido las explicaciones al respecto y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizar el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

✉ info@stDental.com 🌐 www.stDental.com