

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA



Folio 001

CDEE

UNIVERSIDAD (POSGRADO)

CEDULA DE ESPECIALIDAD
HORARIOS DE ATENCION

DOMICILIO

Lugar y fecha _____

Diagnóstico pulpar: _____ Diagnóstico periapical _____

Pronóstico: _____

Con fundamento en el reglamento de la ley general de salud, **artículos 80, 81, 82 y 83** y **Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012** del expediente clínico. Se le informa que, como parte del requisito médico - legal, es importante que Usted o su Representante legal firme el documento a fin de que se pueda proceder a realizar el tratamiento que a continuación se describe. Léalo atentamente y pregunte todas las dudas que tenga y las posibles complicaciones que pueden llegar a presentarse.

ENDODONCIA. - Es un procedimiento biomecánico, que consiste en la limpieza del sistema de conductos radiculares con la finalidad de eliminar en la medida de lo posible; bacterias, cálculos pulpares, tejido necrótico, entre otros. Debido a que en una raíz pueden existir numerosos conductos accesorios inaccesibles a los instrumentos, pero susceptibles a sustancias irrigadoras medicadas, es posible disminuir las bacterias, pero no garantizar un espacio totalmente estéril.

ANESTESICOS LOCALES. - Entiendo que los anestésicos administrados para este procedimiento son seguros y su función es interrumpir los impulsos nerviosos de manera transitoria o temporal. En caso de existir alguna alergia conocida a los anestésicos me obligo a dar aviso oportunamente al profesional. Al depositarse anestésico en los tejidos, en ocasiones, pueden presentarse ciertas reacciones cómo: hematomas (moretones), bloqueos de la articulación, sensación de mareo, somnolencia, falta de coordinación, taquicardia e incluso lipotimia (pérdida parcial del conocimiento).

Entiendo que en mi organismo, puede llegar a presentarse una reacción alérgica súbita a los componentes anestésicos, con la consecuente aparición de: urticaria, edema de glotis e incluso shock anafiláctico, que necesitarán otros medios de reanimación e incluso atención hospitalaria. Por lo que autorizo a mi Odontólogo tratante y su personal a que realicen las maniobras necesarias para la preservación de mi vida.

También entiendo que no debo consumir alcohol ni otras drogas previo a mi cita, ya que pueden alterar los efectos del anestésico en mi organismo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO. - La extracción del diente.

PROCEDIMIENTO. -

A). - Se realiza con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y compromiso infeccioso del diente.

COMISIÓN BENEFICIO A SOCIOS.

DRA. FLAVIA MARIANA DÍAZ MAGAÑA - DRA. CYNTHIA MERCADO VELAZQUEZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA



Folio 001

Entre una sesión y otra se deja una medicación a base de hidróxido de calcio y una obturación provisional para proteger el diente en tratamiento.

B). - Una vez finalizado el tratamiento de endodoncia, el diente requerirá una nueva obturación, una nueva corona, resina, incrustación, etc., y/o un remodelado gingival y su costo es independiente del tratamiento endodóntico. Esta rehabilitación o restauración definitiva es fundamental que sea realizada dentro del menor tiempo posible (máximo 3 semanas) con el fin de sellar el tratamiento y asegurar un buen resultado.

Se me ha explicado que la única alternativa a este tratamiento de conductos es la extracción dentaria.

Así mismo y después de una amplia explicación, comprendo que durante y después del tratamiento pudieran surgir los siguientes eventos:

1. Después de la atención y entre una sesión y otra pueden aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antimicrobianos.
2. Debido al debilitamiento que sufre un diente bajo tratamiento de conductos, variaciones anatómicas, compromiso infeccioso del hueso, calcificación de conductos, fisuras dentarias u otras situaciones complejas de prever, existe un porcentaje de dientes que sufren accidentes como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el costo del tratamiento, el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.
3. Ocasionalmente el diente puede requerir tratamientos adicionales, como procedimientos de cirugía apical, que significan un costo y riesgos anexos, sin embargo, siempre tendré la oportunidad de decidir la continuidad del tratamiento.
4. Después de terminado el tratamiento puede producirse cambio de coloración del diente, lo que obliga a un tratamiento correctivo estético anexo.
5. Algunos pacientes pueden responder de forma inesperada a la anestesia local, a las sustancias y materiales que se utilizan como soluciones de irrigación, selladores, diques de hule (goma) y materiales de obturación, pudiéndose presentar alergias, taquicardias y reacciones de cuerpo extraño, mismas que en casos aislados pueden llevar a complicaciones mayores.
6. Comprendo que por ser un tratamiento de tipo biológico no es factible garantizarlo ya que la respuesta favorable o no a éste, y la duración del mismo dependerá de mi organismo y los cuidados e indicaciones que yo siga.

CUIDADOS E INSTRUCCIONES POSOPERATORIOS

- Hasta que la anestesia haya desaparecido, debo ser cuidadoso, para así evitar un posible daño inadvertido a mi labio, lengua o mejilla que estarán insensibles por un par de horas.
- Evitar aplicar fuerzas desmedidas a la pieza en tratamiento (alimentos pegajosos, excesivamente duros o hábitos como comerse las uñas, morder lápices, hielo, etc.).
- Si mi tratamiento ha requerido algún medicamento (antiinflamatorio y/o antimicrobiano), debo seguir exactamente las indicaciones de la prescripción en cuanto a dosis, frecuencia y días de ingesta.
- Entiendo que puedo solicitar que se me repitan las explicaciones sobre este tratamiento en todas las fases de mi asistencia, solo con solicitarlo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA



Folio 001

Consiento que se tomen fotografías y/o videos, antes, durante y después del tratamiento con fines didácticos o de soporte. En todos los casos será resguardada la identidad del paciente; he comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el (los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s). Una vez que está de acuerdo en aceptar el tratamiento propuesto debe firmar .

Nombre y firma Paciente o padre/tutor _____
INE del Paciente o Tutor

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____