

# 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 qué 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 \_\_\_\_\_