

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA APICAL ENDODÓNTICA



Folio 001

C.D.E.E.
CEDULA DE ESPECIALIDAD
HORARIOS DE ATENCION

UNIVERSIDAD (POSGRADO)
DOMICILIO

Lugar y fecha

Diente a tratar: _____

Diagnóstico pulpar: _____ Diagnóstico periapical _____

Pronóstico: _____

Nombre del paciente: Edad del paciente:

Identificado con:

Nombre del Familiar Responsable o Representante Legal:

Identificado con:

En cumplimiento de la Ley General de Salud y la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012** del Expediente Clínico, se le proporciona la siguiente información para que tome una decisión informada sobre el procedimiento de retratamiento endodóntico:

I. INTRODUCCIÓN. Este documento tiene como objetivo proporcionarle la información necesaria para que tome una decisión informada sobre la cirugía endodóntica apical. Se le informa que, como parte del requisito médico legal, es importante que Usted o su representante legal firme el presente documento a fin de que se pueda realizar el tratamiento.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

A. Cirugía Endodóntica Apical:

Definición: La cirugía endodóntica apical consiste en la eliminación de la punta de la raíz infectada o inflamada y el sellado del extremo de la raíz para prevenir la reinfección.

Objetivo: El objetivo de la cirugía endodóntica apical es eliminar la infección o inflamación persistente en la punta de la raíz y preservar la función y la estructura del diente afectado.

B. Alternativas de Tratamiento. Extracción.

Pronóstico. El porcentaje de éxito de la cirugía apical bajo magnificación es del 90%.

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ANESTESIA

Anestésicos Locales

Función: Los anestésicos administrados para este procedimiento son seguros y su función es interrumpir los impulsos nerviosos de manera transitoria o temporal.

Alergias: En caso de existir alguna alergia conocida a los anestésicos, es fundamental informar al profesional.

Reacciones Adversas: Es importante tener en cuenta que, al depositarse anestésico en los tejidos, en ocasiones, pueden presentarse ciertas reacciones como: hematomas (moretones), bloqueos de la articulación, sensación de mareo, somnolencia, falta de coordinación, taquicardia e incluso lipotimia (pérdida parcial del conocimiento), un shock anafiláctico que necesitarán medios de reanimación e incluso atención hospitalaria. Por lo tanto, autorizo al odontólogo tratante y su personal a que realicen las maniobras necesarias para preservar mi vida en caso de una reacción alérgica.

COMISIÓN BENEFICIO A SOCIOS.

DRA. FLAVIA MARIANA DÍAZ MAGAÑA – DRA. CYNTHIA MERCADO VELAZQUEZ – DRA. GISELLA CAÑEVERAS ZAMBRANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA APICAL ENDODÓNTICA



Folio 001

Consumo de Sustancias: También entiendo que no debo consumir alcohol ni otras drogas antes de mi cita ya que pueden alterar los efectos del anestésico en mi organismo.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

A. Apicectomía:

- **Anestesia:** El procedimiento se realiza con anestesia local.
- **Incisión:** Se realiza una incisión en la encía para exponer el hueso y el tejido circundante.
- **Acceso a la Lesión:** Se corta la punta de la raíz, se limpia el tejido inflamatorio localizado alrededor de la misma y se realiza una pequeña preparación en la punta de la raíz para permitir el acceso al área afectada.
- **Sellado del Extremo de la Raíz:** Una vez que se ha eliminado el tejido infectado y se ha realizado la apicectomía, se sella el extremo de la raíz con un material biocompatible para prevenir la reinfección. En algunos casos es necesario el uso de injertos de hueso u otros materiales sintéticos con el fin de mejorar el pronóstico del tratamiento.
- **Sutura:** Se sutura la encía con puntos que se removerán entre 3 a 7 días después según el caso.

B. Anestesia Local.

- Se aplicará anestesia local para adormecer el área del diente a tratar.
- Es importante informar al dentista si tiene alergia a algún tipo de anestesia.
- Los efectos secundarios de la anestesia local pueden incluir: hematomas, bloqueos articulares, mareo, somnolencia, falta de coordinación, taquicardia e incluso lipotimia.
- En casos excepcionales, puede ocurrir una reacción alérgica grave que requiera atención médica inmediata.
- Se le recomienda no consumir alcohol ni drogas antes del procedimiento, ya que pueden alterar los efectos de la anestesia.

V. RIESGOS Y COMPLICACIONES

Riesgos a los Anestésicos Locales: Descritos anteriormente.

Cirugía Endodóntica Apical:

- Infección postoperatoria: Es la complicación más común.
- Sensibilidad prolongada
- Daño a estructuras circundantes: Nervios, vasos sanguíneos.
- Pérdida del diente
- Hematomas, hinchazón local, dolor
- Limitación apertura de la boca
- Infección en puntos de sutura
- Daño a los dientes vecinos (poco frecuente)
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente de algún nervio
- Infección de los tejidos o del hueso
- Sinusitis
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares
- Fracturas óseas

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA APICAL ENDODÓNTICA



Folio 001

V. CUIDADOS E INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

Después de la cirugía endodóntica apical, es importante seguir las instrucciones de su dentista cuidadosamente. Estas instrucciones pueden incluir:

- Aplicar compresas de hielo cada 15 minutos por un espacio 10 minutos en lo que resta el día de la cirugía.
- Hasta que la anestesia haya desaparecido, debo ser cuidadoso, para así evitar un posible daño inadvertido al labio, lengua o mejilla que estarán insensibles por un par de horas.
- 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.
- Es importante evitar gesticular excesivamente después de la cirugía, ya que esto podría provocar que se suelte un punto de sutura.
- Evitar actividades extenuantes durante los primeros días después de la cirugía.
- Evitar fumar.
- Seguir una dieta blanda durante los primeros días después de la cirugía.
- Mantener una buena higiene bucal cepillando y enjuagando la boca con regularidad.
- Asistir a sus citas de seguimiento con su dentista para controlar su progreso.

VI. Consentimiento Informado Yo: _____ por medio de la presente acepto y autorizo al Dr. (a) _____ y/o al personal de este hospital para que me sea realizado CIRUGÍA APICAL ENDODÓNTICA

Por último, me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, Así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM -004-SSA3- 2012 del Expediente Clínico.

Por otra parte, autorizo expresamente para que las fotografías que me sean tomadas antes y después del procedimiento, sean usadas o publicadas para fines educativos y casos clínicos para formación académica, de conformidad al artículo 87 de la Ley Federal de Derechos de Autor.

Nombre y Firma del Paciente _____ Quien se identifica con
Nombre y Firma del Médico Tratante _____ Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Testigo _____ Quien se Identifica con:
Nombre y Firma del Testigo _____ Quien se Identifica con

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN. Yo: , después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación /revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.