

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RETRATAMIENTOS DE ENDODONCIA



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 informarle sobre el procedimiento de retratamiento endodóntico, sus riesgos, beneficios y alternativas. La firma de este documento indica su consentimiento para la realización del procedimiento.

II. DEFINICIÓN RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO. El retratamiento endodóntico se realiza cuando una endodoncia previa no ha tenido éxito y se ha logrado eliminar la infección o ha fallado en su función de conservar el diente. El objetivo del tratamiento consiste en la eliminación de los materiales que se encuentran en el interior de los conductos radiculares, limpieza, conformación, desinfección y obturación. Para llevar a cabo este procedimiento, es necesario que el profesional, basándose en un estudio clínico, radiográfico y/o tomográfico, y respaldado por los signos y síntomas del paciente, determine que el tratamiento endodóntico previo debe ser realizado nuevamente.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A. 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.

B. Procedimiento.

- El procedimiento se realiza en varias citas, dependiendo de la complejidad del caso.
- Se realiza una cavidad de acceso en la corona del diente para llegar a los conductos radiculares.
- Se elimina el material de obturación previo y se limpian y desinfectan los conductos radiculares.
- Se coloca un medicamento antiséptico y una obturación provisional entre citas para proteger el diente.
- Una vez que la infección ha sido controlada, se realiza la obturación definitiva del diente.

V. RIESGOS Y COMPLICACIONES

COMISIÓN BENEFICIO A SOCIOS.

DRA. FLAVIA MARIANA DÍAZ MAGAÑA - DRA. CYNTHIA MERCADO VELAZQUEZ - DRA. GISELLA CAÑAVÉRAS ZAMBRANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RETRATAMIENTOS DE ENDODONCIA



Folio 001

Reacciones alérgicas: A los materiales utilizados en el procedimiento, como soluciones de irrigación, selladores, diques de goma y materiales de obturación.

Accidentes durante el procedimiento: Fractura de instrumentos, no localización de conductos, imposibilidad de limpiar los conductos, extrusión del material de obturación y/o perforaciones.

Infección persistente: La infección puede no eliminarse por completo y puede ser necesario repetir el tratamiento o extraer el diente.

Dolor e hinchazón: Puede experimentar dolor e hinchazón después del procedimiento, que generalmente se controlan con analgésicos y antiinflamatorios.

Sensibilidad dental: El diente puede quedar sensible a la presión durante algunos días después del tratamiento.

Necesidad de extracción dental: Si el retratamiento falla, o si se producen fracturas o fisuras en el diente, puede ser necesaria la extracción del mismo.

V. CUIDADOS E INSTRUCCIONES POSTOPERATORIOS

Evitar morder alimentos duros o pegajosos: Hasta que la anestesia haya desaparecido por completo y se haya colocado la restauración definitiva.

Seguir las indicaciones del dentista: En cuanto a la toma de medicamentos y cuidados posteriores al tratamiento.

Informar al dentista: Si experimenta dolor, hinchazón, fiebre u otros síntomas inusuales después del procedimiento.

VI. PRONÓSTICO Y ALTERNATIVA. El pronóstico de éxito del retratamiento endodóntico es del 85%. Las alternativas al retratamiento endodóntico son la extracción del diente o la cirugía apical.

VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO. Yo: _____ por medio de la presente acepto y autorizo al Dr. (a) _____ y/o al personal de este consultorio para que me sea realizado el RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO en el diente _____

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

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.