

**CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO DE CONDUCTOS ENDODÓNTICOS**

**RIESGOS:** El tratamiento de endodoncia de raíz es muy exitoso. Sin embargo, no todos los procedimientos son exitosos y puede ser necesaria una cirugía oral o una extracción. Entiendo que existen ciertos riesgos potenciales en el procedimiento que pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Infección que no responde al tratamiento de endodoncia
- Conductos curvados, calcificados o inaccesibles de otro modo
- Raíces fracturadas
- Separación (o rotura) de una lima dentro del nervio
- La posibilidad de perforación a través del conducto radicular hacia el hueso circundante
- La posibilidad de una fractura existente de diente/raíz antes del tratamiento o la fractura del diente después del tratamiento
- La posibilidad de un relleno excesivo o insuficiente del conducto radicular
- La posibilidad de parestesia prolongada (entumecimiento) debido a la inyección, infección o traumatismo. Muy rara vez este entumecimiento es permanente.
- Si el diente que se está tratando ya tiene una corona, se debe perforar un pequeño orificio (que se rellenará al finalizar) a través de la corona para acceder al conducto radicular. Existe la posibilidad de que la corona se rompa y requiera reemplazo.
- Las radiografías son necesarias para el tratamiento.

**MEDICAMENTOS:** Los medicamentos y fármacos recetados pueden causar somnolencia y perder la conciencia y coordinación (que pueden verse influidos por el consumo de alcohol, tranquilizantes, sedantes u otras drogas). No es aconsejable conducir ningún vehículo ni dispositivo peligroso hasta que se recupere de sus efectos. Los antibióticos pueden hacer que algunas formas de control de la natalidad sean ineficaces.

**OTRAS OPCIONES DE TRATAMIENTO:** Entiendo que este es un procedimiento electivo y que existen tratamientos alternativos, que incluyen: no recibir tratamiento, esperar a que se desarrollen síntomas más definidos o la extracción del diente. Los riesgos asociados con estas opciones pueden incluir dolor, infección, hinchazón y pérdida del diente o los dientes.

**CUIDADOS DE SEGUIMIENTO:** Los dientes tratados con terapia de endodoncia deben protegerse después del tratamiento.

- Para la terapia de dos citas, su diente tendrá un empaste temporal entre las visitas. Si se le cae, llame al consultorio y haga los arreglos para que lo reemplacen. Incluso un conducto radicular completado, que no se restaura (empaste/corona), puede volver a infectarse y requerir otro tratamiento de endodoncia.
- Después de completar el procedimiento, lo remitirán nuevamente a su dentista restaurador para la restauración permanente (empaste/corona/funda). Si no se restaura el diente de manera adecuada de manera oportuna (generalmente dentro de los 30 días), aumenta significativamente la posibilidad de que el procedimiento de endodoncia fracase o se fracture el diente.
- Las fracturas son una de las principales razones por las que fallan los procedimientos. Pueden ocurrir en dientes sin corona debido a una lesión traumática, morder objetos duros, apretar o rechinar los dientes habitualmente o incluso el desgaste normal. Ya sea que la fractura ocurra antes o después del conducto radicular, puede requerir la extracción del diente.
- Los dientes tratados con endodoncia pueden seguir cariándose, pero como el médico ha extraído el nervio, probablemente no habrá dolor. Al igual que con otros dientes, el cuidado adecuado de estos consiste en un buen cuidado en casa, el uso de flúor, una dieta adecuada y controles dentales periódicos.

**EXPECTATIVAS:** Entiendo que el tratamiento es un intento de salvar un diente que de otra manera podría requerir extracción. Aunque el tratamiento tiene una probabilidad de éxito muy alta, este consultorio no ha garantizado ni prometido un resultado perfecto. Ocasionalmente, un diente, que ha sido sometido a un tratamiento de conducto radicular, puede requerir un nuevo tratamiento, cirugía o incluso extracción.

**CONSENTIMIENTO:** Se me ha explicado la naturaleza del tratamiento endodóntico y he tenido la oportunidad de que se respondan mis preguntas. En vista de la información anterior, autorizo al médico a proceder con el tratamiento endodóntico. También comprendo que, si lo solicito, se me proporcionará una copia de este formulario de consentimiento firmado.

Nombre deletreado

Fecha

Firma del paciente o del padre/tutor

Testigo (empleado de ETE)