

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE CONDUCTO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

### Hechos a considerar

*Se requieren las iniciales del paciente*

\_\_\_\_\_ El tratamiento de conducto, también denominado *tratamiento de endodoncia* implica quitar el tejido nervioso (llamado *pulpa dental*) ubicado en el centro del diente y su raíz o raíces (llamados *conductos*). Durante el tratamiento se hace una abertura en la superficie superior del diente para dejar expuestos los restos de la pulpa dental, los cuales son entonces extraídos. Se pueden usar medicamentos para esterilizar el interior del diente y prevenir una infección. El tratamiento de conducto puede aliviar síntomas tales como el dolor y el malestar. Si se presenta alguna dificultad inesperada durante el tratamiento.

\_\_\_\_\_ Los canales torcidos, curvos, accesorios o bloqueados pueden evitar la eliminación de la pulpa inflamada o infectada. Dejar pulpa en el/los canal/es puede hacer que sus síntomas continúen o empeoren. Es posible que esta situación haga necesario un procedimiento adicional llamado *apicectomía*. A través de un pequeño corte realizado en las encías y el hueso circundante, se extrae cualquier tejido infectado y se sella el conducto de la raíz. También es posible que se deba realizar una apicectomía si sus síntomas continúan y el diente no se cura.

\_\_\_\_\_ Se llena cada conducto vacío que puede ser localizado con un material diseñado específicamente para el tratamiento de conducto. Algunas veces, hay un canal presente pero no puede ser localizado. De vez en cuando, también se inserta un poste en el canal para ayudar a restaurar el diente. Después de rellenar, la abertura del diente es tapada con un empaste temporal. En una cita posterior, es posible que se coloque un empaste permanente o *corona*. Ese es un procedimiento dental separado que no está incluido en esta explicación.

\_\_\_\_\_ Una vez completado el tratamiento de conducto, es esencial regresar a tiempo para comenzar el siguiente paso del tratamiento. Como el empaste temporario está diseñado para durar sólo poco tiempo, el no regresar según las instrucciones para que el diente sea sellado permanentemente con una corona o un empaste puede causar otros problemas, como necesitar repetir el tratamiento a un costo adicional, el deterioro del empaste, lo cual puede provocar caries, infección, periodontitis, fracturas, y la posible pérdida prematura del diente.

\_\_\_\_\_ Incluso en casos que no presenten complicaciones, donde una corona o un empaste se coloque enseguida, este procedimiento no evitará futuras caries, fracturas en los dientes o la periodontitis, y ocasionalmente un diente al cual se le haya realizado tratamiento de conducto puede requerir retratamiento endodóntico, cirugía endodóntica o extracción del diente.

### Entre otros, los beneficios del tratamiento de conducto son los siguientes:

\_\_\_\_\_ El tratamiento de conducto tiene como fin permitir que usted retenga su diente por más tiempo, lo cual ayudará a mantener su mordedura natural y el funcionamiento saludable de sus mandíbulas. Este tratamiento ha sido recomendado para aliviar los síntomas del diagnóstico descrito más arriba.

### Entre otros, los riesgos del tratamiento de conducto son los siguientes:

\_\_\_\_\_ Entiendo que después del tratamiento puedo experimentar pérdida de sangre, dolor, inflamación y molestias durante varios días, síntomas que podrán ser tratados con medicamentos para el dolor. Es posible que el tratamiento de conducto sea acompañado por una infección que deberá ser tratada con antibióticos. Me pondré en contacto con la oficina del dentista inmediatamente si los síntomas empeoran o si experimento fiebre, escalofríos, sudores, adormecimiento, problemas de los senos nasales, dolor intenso o inflamación.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tal vez reciba anestesia local por medio de una inyección y/u otros medicamentos. En ocasiones muy raras, el paciente experimenta una reacción a la anestesia, lo cual puede requerir atención médica de emergencia; o el paciente nota que se reduce su habilidad de tragar. **Dependiendo de la anestesia y los medicamentos administrados, es posible que necesite designar a un conductor para llevarme a casa.** Raramente, una inyección puede causar daños temporales o permanentes al nervio, ocasionando adormecimiento del labio, el mentón, las encías, dientes, mejillas y posiblemente la pérdida del sentido del gusto.

\_\_\_\_\_ Entiendo que todos los medicamentos son potencialmente peligrosos, y pueden tener efectos secundarios y contraindicaciones con otras drogas. Por lo tanto, es fundamental que le diga a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando en la actualidad, los cuales son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Entiendo que el mantener la boca abierta durante el tratamiento puede causar cierta rigidez y dolor en mi mandíbula y provocar dificultades para abrir bien la boca durante varios días, algunas veces se denomina trismo. Sin embargo, en ocasiones esto puede ser una indicación de algún otro problema. En el caso de que esto ocurra, debo notificar al consultorio dental si experimento trismo persistente o si surge algún otro problema similar.

\_\_\_\_\_ Entiendo que de vez en cuando puede romperse un instrumento usado para hacer el tratamiento de conducto quedando dentro de un conducto torcido, curvo, o bloqueado con depósitos de calcio. Dependiendo de su ubicación, el fragmento puede ser extraído, o puede ser necesario dejarlo sellado dentro del conducto de la raíz (estos instrumentos están fabricados con acero inoxidable quirúrgico no tóxico y estéril, por lo tanto generalmente esto no provoca ningún daño). Tal vez también sea necesario realizar una apicectomía (cirugía de mandíbula), tal como ha sido descrito más arriba, para sellar el conducto de la raíz.

\_\_\_\_\_ Entiendo que durante el tratamiento el material de relleno del canal puede ser expulsado del conducto de la raíz hacia el hueso o el tejido circundante. De vez en cuando, es necesario realizar una apicectomía para sacar el material de relleno y sellar el conducto de la raíz.

\_\_\_\_\_ Entiendo que puede haber otras complicaciones, las cuales pueden ser, entre otras: perforaciones (aperturas adicionales) del canal realizado por un instrumento, canales de la raíz bloqueados que no pueden limpiarse y llenarse completamente. Fracturas, dientes astillados, o pérdida del diente o corona adyacente, lo cual requiere un remplazo a un costo adicional, adormecimiento permanente o temporal o sensaciones nerviosas dolorosas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que los dientes que reciben un tratamiento de conducto pueden volverse más propensos a quebraduras o roturas con el tiempo, lo cual puede requerir que se los extraiga y reemplace con un puente, una dentadura postiza parcial o un implante. En algunos casos, el tratamiento de conducto puede no aliviar los síntomas. La presencia de un problema en la encía (*enfermedad periodontal*) puede aumentar las probabilidades de perder un diente a pesar de que el tratamiento de conducto tenga éxito.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es posible que el tratamiento de conducto no alivie mis síntomas y sea necesario extraer mi diente.

**Entre otras, las consecuencias si no se realiza un tratamiento de conducto, son las siguientes:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no me hago un tratamiento de conducto, pueden continuar mis molestias y puedo correr el riesgo de sufrir una infección seria y potencialmente mortal, abscesos en el tejido y el hueso que rodean mis dientes y finalmente, la pérdida de mi diente y/o dientes adyacentes

**Entre otros, los tratamientos alternativos, en el caso de que el tratamiento de conducto no sea la única solución, son los siguientes:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que dependiendo de mi diagnóstico, es posible que existan alternativas a un tratamiento de conducto que incluirían otras disciplinas dentro de la odontología. Extraer el diente es la alternativa más común a un tratamiento de conducto. Esto puede requerir el reemplazo del diente extraído con un puente móvil o fijo o un diente artificial llamado implante *implante*. Le he preguntado a mi dentista sobre las alternativas y los gastos asociados. Mis preguntas sobre los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los costos han sido contestadas satisfactoriamente.

**Alternativas discutidas:** \_\_\_\_\_

Nadie me ha asegurado ni me ha dado garantías de que la intervención quirúrgica o los tratamientos propuestos curarán o mejorarán el problema de salud indicado arriba.

**Marque las casillas a continuación que se aplican a usted:**

### **Consentimiento**

- Me han informado verbalmente y de la información proporcionada en esta forma sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
- Me han informado verbalmente y a partir de la información proporcionada en esta forma de los riesgos y beneficios materiales de un tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi afección.
- Certifico que he leído y entiendo la información anterior y que entendí las explicaciones mencionadas, que mis preguntas fueron respondidas y que se han completado los espacios en blanco que requieren inserciones o completes. Autorizo y ordeno a este dentista que haga Cualquier cosa que él / ella considere necesario y conveniente en las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente.
- Si bien el tratamiento puede ser cubierto por mi seguro médico y / o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizo el tratamiento.

o

Negativa

- Me niego a dar mi consentimiento para el (los) tratamiento (s) propuesto (s) como se describe anteriormente y entiendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Firma del testigo

---

Fecha

Certifico que he discutido los riesgos, beneficios y consecuencias asociadas con el tratamiento, así como los riesgos y beneficios del tratamiento alternativo con \_\_\_\_\_ (nombre del paciente o del padre / madre / tutor legal). El paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y creo que mi paciente entiende lo que se ha explicado y acepta voluntariamente el tratamiento que se describe en este documento.

---

Firma del dentista

---

Fecha