

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D. /D^a:..... con DNI:..... como paciente
(en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre, tutor o persona responsable)
D./D^a:..... DNI:, ha sido
informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), Col. N^o: (n^o de colegiado) de (ciudad de colegiación) sobre los procedimientos clínicos de Endodoncia, que constan en el plan de tratamiento que previamente he aceptado.

Los procedimientos propios de la **Endodoncia** van dirigidos a la conservación del diente manteniendo su función habitual en la masticación. La intervención precisa de *anestesia local* y se deben realizar *radiografías* para el diagnóstico, tratamiento y control.

Los riesgos que conlleva todo tratamiento de Endodoncia pueden ser:

- 1- Molestias ocasionales con dolor e inflamación local durante los primeros días después del tratamiento.
- 2- Aunque se utilicen los materiales y técnicas adecuadas, a veces se pueden producir cambios de color en el diente tratado al cabo de un cierto tiempo.
- 3- Es posible, aunque poco probable, la fractura accidental de algún instrumento en el interior del conducto que a veces no se puede retirar, impidiendo la correcta obturación de la raíz.
- 4- A veces pueden surgir inconvenientes no detectables previamente como conductos calcificados o anatomía compleja de algún conducto que podrían conllevar un pronóstico peor o incluso la extracción del diente en algún caso.
- 5- Al tratar un diente que lleva una corona de porcelana, puede ocurrir que se fracture ese material al tener que perforarlo o tener que quitar dicha corona para llegar a tratar los conductos de las raíces. Esto conllevará el coste adicional de su reposición.
- 6- Aún con una técnica adecuada y debido a hábitos de bruxismo (apretamiento de los dientes) o exceso de presión en la masticación, el diente puede llegar a fracturarse en la corona o raíz (más probabilidad cuanto más tiempo pase desde el tratamiento). Por ello es necesario restaurarlo de forma consistente lo antes posible, una vez realizado el tratamiento, de forma que se minimice al máximo este riesgo.
- 7- La protección con una corona es más segura, por ser un tratamiento más consistente que empastarlo, aunque en ocasiones e incluso llevando corona en el mismo será necesario adaptar una *férula* para protegerlo frente a este riesgo, que en la mayoría de los casos obligaría a la extracción del diente.
- 8- En alguna ocasión puede ocurrir una leve alteración en la sensibilidad de la cara y la boca (hormigueo, adormecimiento) que generalmente desaparece en un corto plazo de tiempo.
- 9- En algunos casos que se le indique, deberá acudir a revisión de su endodoncia entre 6 y 12 meses después de realizarla.

Entiendo que los tratamientos médicos y dentales no tienen garantía absoluta de éxito, aunque en el caso de la endodoncia éste es alto (cercano al 96%). Puede disminuir este éxito en dientes infectados, en los que un tratamiento anterior ya ha fracasado y dependiendo de otros factores como mi estado de salud previo, reacción frente a la cicatrización de los tejidos periodontales o existencia de *microfisuras* previas. En determinados casos, no siempre es posible eliminar el proceso infeccioso aunque se realice una técnica correcta, siendo

necesario a veces repetir el tratamiento, complementarlo con un tratamiento quirúrgico o incluso realizar la extracción del diente afectado.

Yo D. /D^a:..... como paciente (y si procede)
D. o D^a:.....(como padre, madre, tutor o persona responsable), he sido informado/a por la Endodoncista, Dra. (nombre de la doctora informante), mediante un lenguaje claro y sencillo, me ha dado respuesta a cuantas observaciones he formulado aclarando todas las dudas, por lo cual comprendo el alcance y el significado de dicha información y consiento en someterme a los registros diagnósticos precisos incluyendo radiografías así como al procedimiento clínico de Endodoncia. He sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Toledo,.....de.....de 20.....

El paciente (padre madre o tutor):

El Odontólogo informante: