

Formulario modelo: Discusión y consentimiento para el tratamiento de conducto (endodoncia)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido *Nombre* *Inicial*

Me han dado esta información y formulario de consentimiento para que entienda mejor el tratamiento que me recomiendan. Antes de tomar una decisión acerca del tratamiento, deseo que me den la información suficiente para que pueda entender y tomar una decisión fundada acerca del tratamiento propuesto.

Entiendo que puedo hacer **todas las preguntas que quiera** y que es mejor hacerlas antes del tratamiento en lugar de tener dudas después de que este haya comenzado.

Características del tratamiento de endodoncia

Me han recomendado un tratamiento de conducto en los siguientes dientes: _____.

El tratamiento de conducto (también llamado tratamiento de **endodoncia**) consiste en extraer el nervio y otros tejidos (llamados **pulpa**) del interior del diente y de su raíz. Primero se hace un orificio en la superficie masticatoria del diente para tener acceso a la pulpa del diente. Se extrae el contenido de los conductos, y se limpian y se les da forma a los conductos. Luego se rellenan los conductos y se los sella con un material inerte. Después de un tratamiento de conducto, el diente necesitará una restauración final, por lo general, una corona, para recuperar su funcionamiento adecuado. La restauración final no es parte de esta discusión ni del consentimiento.

Esta recomendación se basa en la revisión visual, en cualquier radiografía, modelo, foto u otro diagnóstico que se haya hecho, y en el conocimiento del dentista acerca de mis antecedentes médicos y dentales. También se tienen en cuenta mis necesidades y deseos. El tratamiento de conducto es necesario debido a:

Dolor Infección Caries Diente roto Otro: _____

El beneficio esperado del tratamiento de conducto es aliviar mis síntomas actuales o permitirme continuar con cualquier tratamiento adicional propuesto por mi dentista. El tratamiento de conducto también posibilita conservar la raíz del diente en la boca, lo cual permite que se restaure el diente a su funcionamiento adecuado.

El pronóstico o la probabilidad de que el tratamiento de conducto sea exitoso es _____.

El costo estimado del tratamiento de conducto es de \$ _____ y se espera que terminarlo lleve _____ visita(s).

Alternativas al tratamiento de endodoncia

Según mi diagnóstico, es posible que haya o no alternativas al tratamiento de conducto que impliquen otros tipos de atención dental. Entiendo que las dos alternativas más frecuentes al tratamiento de conducto son:

- **Extracción.** Podría decidir que me extraigan el diente n.º _____. Por lo general, la extracción de un diente requiere el reemplazo con un diente artificial mediante un puente fijo, un implante dental o una dentadura parcial removible.
- **No hacer ningún tratamiento.** Podría decidir que no me hagan ningún tratamiento. Si me niego a recibir el tratamiento recomendado, mi estado podría empeorar y corro el riesgo de sufrir una lesión personal grave, lo cual incluye dolor fuerte, infección localizada, pérdida de este diente y quizás de otros, inflamación o infección grave que podría ser fatal.

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estas alternativas y sobre cualquier otro tratamiento que haya escuchado o considerado, incluyendo _____.
Iniciales del paciente

continued...

Riesgos del tratamiento de endodoncia

Me han informado y entiendo plenamente que existen ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados al tratamiento de conducto. Entiendo que, durante el tratamiento o después, puedo tener dolor o molestia, inflamación, sangrado, cambios en la mordida, o que la restauración dental se afloje o se pierda. Entiendo que existe la posibilidad de tener una infección, o que una infección existente empeore, en el diente tratado o en la zona alrededor del diente, y que tal vez necesite tomar antibióticos o someterme a otros procedimientos para tratarla.

Entiendo que los instrumentos del tratamiento de conducto algunas veces se parten (rompen) dentro del conducto. Es más probable que se partan cuando los conductos son curvos o estrechos. Si el fragmento partido no puede recuperarse, es posible que haya que dejarlo adentro y sellar el conducto. También es posible que el diente necesite una intervención quirúrgica (apicectomía) para solucionar el problema. Entiendo que un instrumento partido, por lo general, disminuye las probabilidades de que el tratamiento sea exitoso.

Entiendo que otros riesgos incluyen perforación del diente o de la raíz del diente por un instrumento; lesiones a los tejidos blandos adyacentes al diente; perforación del seno; y alteraciones de los nervios, como dolor o adormecimiento temporal o permanente, o sensaciones poco frecuentes como picazón, ardor o cosquilleo en los tejidos de los labios, la lengua, el mentón, los dientes o la boca.

Entiendo que muchos factores contribuyen al éxito del tratamiento de conducto y que no es posible determinar todos los factores con anticipación, o en ningún momento. Algunos de los factores incluyen, entre otros, mi resistencia a la infección; la bacteria específica que causa la infección; el tamaño, la forma y la ubicación de los conductos; la fuerza con la que muerdo. Entiendo que mi caso puede ser más complejo si mi diente tiene conductos obstruidos, conductos curvos o conductos muy estrechos.

Entiendo que es posible que el tratamiento de conducto no alivie mis síntomas, que puede fracasar durante o después de terminar el tratamiento; y que puede fracasar por motivos desconocidos. Si el tratamiento fracasa, otros procedimientos (lo que incluye volver a hacer un tratamiento de conducto o una cirugía oral) pueden ser necesarios para intentar conservar el diente, o es posible que se necesite extraer el diente.

Entiendo que quizás me den anestesia tópica o una inyección de anestesia local. Si bien es poco frecuente, es posible que algunos pacientes tengan una reacción alérgica a estos medicamentos. Es posible que se presenten reacciones adversas a la anestesia, como mareos, aturdimiento o somnolencia. Póngase en contacto con el Dr. _____ si tiene sarpullido o si el adormecimiento persiste por más de algunas horas. Entiendo que, después del tratamiento, es posible que sienta malestar en la zona de la inyección y que la mandíbula se sienta dura o adolorida por la inyección de la anestesia. También comprendo que es posible que los nervios o los vasos sanguíneos resulten lesionados, de manera temporal o permanente, por la inyección. Las alteraciones de los nervios pueden incluir dolor o adormecimiento, sensaciones poco frecuentes como picazón, ardor o cosquilleo en los tejidos de los labios, la lengua, el mentón, los dientes o la boca.

Entiendo que, una vez que esté terminado el tratamiento de conducto, debo volver de inmediato para empezar el siguiente paso del tratamiento. Si no vuelvo para la restauración del diente, corro el riesgo de que el tratamiento de conducto fracase, que aparezcan caries, que se me parta o se me pierda un diente, o que tenga una infección. Debido a que se debe extraer la estructura completa del diente para terminar el procedimiento del tratamiento de conducto, entiendo que mi diente puede estar más propenso a sufrir una fractura que un diente sano, incluso después de terminar con la colocación de una corona u otra restauración dental.

Otros riesgos impredecibles no mencionados arriba incluyen: _____

_____ He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estos riesgos y sobre cualquier otro riesgo que haya escuchado o considerado, incluyendo
Iniciales del paciente

Confirmación

He proporcionado mis antecedentes médicos y personales de la manera más completa y precisa posible, lo cual incluye los medicamentos que actualmente tomo (antibióticos, analgésicos y otros medicamentos, incluso de venta libre, hierbas o suplementos) y los materiales o medicamentos a los cuales tengo alergia. Seguiré todas las indicaciones del tratamiento, y posteriores a este, tal y como me las han indicado y explicado, y autorizaré los procedimientos de diagnóstico recomendados, incluidas las radiografías.

Comprendo que, a pesar de los posibles riesgos y complicaciones, el tratamiento de conducto que me han recomendado es necesario. Soy consciente de que la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no he recibido ninguna garantía acerca de los resultados del tratamiento.

Yo, _____, he recibido información acerca del tratamiento propuesto. He hablado acerca del tratamiento con el Dr. _____ y me han dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias. Comprendo las características del tratamiento recomendado, las opciones alternativas, los riesgos del tratamiento recomendado y los riesgos de rechazarlo.

Deseo recibir el tratamiento recomendado.

_____ Entiendo que un endodoncista (un especialista en tratamiento de conducto) también puede hacer este
Iniciales del paciente tratamiento. Entiendo los riesgos y elijo al Dr. _____ para que haga este procedimiento. Entiendo que, si surgen dificultades inesperadas durante el tratamiento, es posible que me deriven a un endodoncista para continuar la atención.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente o tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Dentista tratante

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo

This sample form is for illustrative purposes only. Your clinical procedures and risks may be different than those described. We encourage you to modify this form to suit your individual practice and patient needs. The information contained in this document is not intended as legal advice. As each practice presents unique situations and statutes may vary by state, we recommend that you consult with your attorney prior to use of this or similar forms in your practice. Published by CNA and provided through the Dentist's Advantage insurance program and the National Society of Dental Practitioners. Copyright © 2019 CNA. All rights reserved. Published 5/19.