



**CONSENTIMIENTO ENDODONCIA**  
**A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-001 V1 21-01-2022**

Yo, \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ autorizo a CENTRO DE CIRUGIA MINIMA INVASIVA S.A.S. - CECIMIN S.A.S. y al equipo médico que ésta disponga para realizar el siguiente tratamiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El Dr.(a). \_\_\_\_\_ me ha explicado en forma suficiente y adecuada en qué consiste el tratamiento y me ha indicado así mismo cuáles son sus consecuencias, ventajas, beneficios, alternativas, riesgos, posibles complicaciones o molestias que pueden presentarse, me ha permitido hacer las preguntas necesarias las cuales se me han respondido en forma satisfactoria.

Se utiliza lidocaína al 2% + epinefrina 1.80.000, la endodoncia es el procedimiento por el cual un diente pierde su vitalidad, humedad y por lo tanto los **beneficios** es evitar un mayor riesgo de sufrir fractura.

Me ha señalado los **riesgos y complicaciones** más comunes y frecuentes del tratamiento siendo los siguientes:

- Accidente por hipoclorito de sodio al 5.25%.
- Posible irritación en la encía o mucosa debido al uso de agentes quelantes.
- Perforaciones radicales debido a procesos cariosos y en búsqueda de conductos esclerosados (entradas complicadas clínicamente).
- El tratamiento endodóntico fracasaría por filtraciones bacterianas sin la debida obturación/ rehabilitación adecuada.
- Posible fractura de instrumento por manipulación en curvas excesivas del canal radicular.
- Las Infecciones agudas pueden sobrevenir periodontitis (dolor a la masticación) después de la instrumentación durante cita de endodoncia.
- Sobreobturación.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la apertura de un diente, limpieza y desinfección y relleno del interior de este.

Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones dependiendo de la complejidad de la anatomía del diente, calcificación de este u otras complicaciones y compromiso infeccioso del diente. Una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá una nueva obturación o corona. Esta rehabilitación o restauración definitiva es de exclusiva responsabilidad del paciente y es fundamental que sea realizada dentro del menor tiempo posible con el fin de sellar el tratamiento y asegurar el buen resultado.

Se me ha explicado que la única **alternativa** a este tratamiento de conductos es la extracción dentaria.



## **CONSENTIMIENTO ENDODONCIA**

**A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-001 V1 21-01-2022**

Las COMPLICACIONES POR ANESTESIA son infiltración, parecía, lipotimia, trismus, alergia a la anestesia.

Las COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS son dolor y/o inflamación postoperatoria, perforación de la corona o de la raíz o turca, fractura de instrumentos en tercio coronal, medio o apical, fractura del diente pues el diente queda debilitado lo que puede llevar a exodoncia de este, subobturación y sobreobturación del tratamiento endodóntico, fracaso endodóntico.

Los ACCIDENTE POR SOLUCIÓN IRRIGANTE son manchas en las prendas de vestir, infiltración del líquido irrigante el cual puede llevar a edema, inflamación, dolor severo e inmediato, sangrado profuso del conducto radicular y sabor a clorina, dolor e inflamación. Se le explica al paciente que la odontología es una ciencia de medios mas no de resultados.

Entiendo por lo tanto que en el curso del tratamiento pueden presentarse situaciones especiales e imprevistas que requieren procedimientos adicionales y autorizó la realización de estos, que el profesional tratante considere necesarios. Adicionalmente el profesional me ha explicado y autorizo el uso de la Cápsula para control de aerosoles como medida implementada para la atención segura en la consulta odontológica y como complemento a los elementos de protección personal establecidos y que actúa como dispositivo de barrera para el control de aerosoles, partículas y microgotas, generados durante los procedimientos odontológicos. Comprendo las implicaciones del presente consentimiento, me encuentro en capacidad de expresarlo y dejo constancia que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

El suscrito \_\_\_\_\_ deja constancia que ha explicado la naturaleza, propósito, ventajas, beneficios, alternativas, riesgos y posibles complicaciones del tratamiento señalado y que han respondido todas las preguntas formuladas por el paciente o la persona responsable de éste.

FIRMA DEL PROFESIONAL Y NÚMERO DEL REGISTRO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

TESTIGO Tipo: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_