



1
Mediante una endodoncia se extrae y elimina el nervio del diente (pulpa), bien porque esté irreversiblemente afectado (caries, traumatismos, etc.), vaya a ser dañado por un tallado para prótesis o porque el nervio ya esté muerto, pudiendo, en este caso, haber ocasionado una infección localizada en el hueso, al final de la raíz del diente.

Para poder llegar al nervio es necesario realizar un acceso hasta el conducto o conductos, por los cuales discurre el nervio dental. Una vez conseguido, se emplean distintos instrumentos y líquidos que ayudan a la extracción y disolución del nervio, así como a desinfectar y conformar adecuadamente el conducto.



2



3
Una vez que el nervio está eliminado y el conducto está limpio y seco, se procede a su obturación o relleno con el material que el odontólogo considere necesario. Este relleno ocupará totalmente el espacio del conducto con el fin de dejar el mínimo lugar posible para la proliferación de bacterias.

Después de rellenar el conducto es necesario restaurar la corona del diente, para que la endodoncia esté protegida y no se pueda producir la entrada de saliva ni bacterias. La endodoncia es capaz de resolver las infecciones localizadas en la punta de la raíz. Acuda a las citas que le indique su odontólogo.



4

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA

Clínica dental:

Dr./Dra.:

Colegiado nº



Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región

C/ Mauricio Legendre 38, 28046 Madrid - Tel. 91 561 29 05 / Fax: 91 563 28 30

www.coem.org.es @dentistasCOEM



Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA

Yo,
mayor de edad y con DNI nº

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo,, con DNI nº
en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del paciente.....

DECLARO:

- Que se me ha explicado que es necesario que se me realice una endodoncia en uno o más dientes.
- Que antes de iniciar dicho tratamiento he sido informado/a de que:
 - ⇒ Los objetivos de la endodoncia son eliminar el tejido pulpar (nervio) inflamado o infectado, rellenar la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, para lograr conservar la pieza tratada.
 - ⇒ El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.
 - ⇒ En casos especiales, en los que el diente a tratar presente una corona (funda) será necesario quitarla o atravesarla para poder realizar la endodoncia (el tratamiento), advirtiéndose de que este procedimiento conlleva un riesgo de posible rotura de la corona.
 - ⇒ Una vez finalizado el tratamiento es normal que el paciente pueda experimentar dolor, sensibilidad al tacto o a la masticación en el diente tratado, que suele durar desde unos días hasta algunas semanas debida a la reacción de cicatrización de los tejidos de soporte dentario. Si fuera necesario, se le pautará la medicación precisa. Siga siempre las instrucciones de su odontólogo.
 - ⇒ Es necesario realizar la reconstrucción de la pieza endodonciada en un plazo corto de tiempo para minimizar la posibilidad de contaminación bacteriana desde la corona, reducir el riesgo de fractura o el cambio de coloración.
 - ⇒ Existen numerosos factores que pueden afectar al pronóstico del tratamiento, como son: el estado de salud, las condiciones específicas que presenta el diente a tratar, la reacción de la cicatrización de los tejidos periodontales o la existencia de micro-fisuras previas. En el caso de que estén presentes algunos de estos factores, se requerirá una monitorización del tratamiento más exhaustiva para controlar evolución.
 - ⇒ En ocasiones ocurren complicaciones (dificultades) durante el tratamiento que no se pueden detectar hasta ese mismo momento (el momento de enfrentarse al tratamiento), tales como una anatomía compleja, presencia de calcificaciones, aparición de inflamación reactiva o la fractura de algún instrumento que impiden finalizar con éxito la endodoncia y, por tanto, el tratamiento indicado, en estos casos, podría ser la extracción.
 - ⇒ En el caso de que una endodoncia no consiga el objetivo previsto, en alguna ocasión puedo llegar a necesitar un retratamiento endodóntico o una pequeña cirugía para solucionar el problema. Si bien el porcentaje de éxito en estos casos será menor.

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE

D./ D^a con DNI
declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra
me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.
También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.
He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.
Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.
En.....a de.....de 20.....

Firmado, el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a con DNI
y domicilio en calle nº
declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra
me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.
También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.
He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D^a dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.
En.....a de.....de 20.....

Firmado, el/la representante

FACULTATIVO

Dr/Dra.
He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.
En.....a de.....de 20.....

Firma, nº de colegiado

NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE

En.....a de.....de 20.....

Firmas:

El paciente

El/la facultativo/a

Colegiado