

Nombre de la clínica:  
Nombre del facultativo/a:  
Nº de colegiado/a:

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE SOBRE REENDODONCIA

### Características del procedimiento:

#### ¿En qué consiste?

Consiste en la eliminación de los materiales que se encuentran en el interior de los conductos radiculares de un diente y la posterior limpieza, conformación y relleno de dichos conductos.

#### ¿Para qué sirve?

Es una intervención que se realiza cuando una endodoncia no tenido éxito, para intentar conservar el diente en el lugar que ocupa en la arcada dentaria, manteniendo una función adecuada.

#### ¿Cómo se hace?

Tras anestesiar localmente la zona, se realiza una cavidad para acceder al interior del diente. Luego se eliminan los materiales de relleno utilizados en la endodoncia previa, se limpian los conductos radiculares y se rellenan con un material adecuado. Finalmente se coloca un empaste provisional que deberá ser sustituido por uno definitivo. Será necesario el uso de radiografías dentales intraorales para realizar el procedimiento. Dependiendo del estado previo del diente y de la anatomía que presente, pueden ser necesarias una o más sesiones.

### Riesgos y complicaciones:

Cualquier intervención en un paciente conlleva riesgos. La mayor parte de las veces no se presentan complicaciones, pero a veces sí, por lo que es importante que estas se conozcan. Las más frecuentes son:

#### A) Referidas al uso de anestésicos locales:

Interrupción de la función sensitiva (sensación de hormigueo) generalmente de forma temporal, ulceración en la mucosa, aparición de hematomas y alteraciones generalmente transitorias como bloqueo de la articulación temporomandibular, crisis vaso-vagal consistente en sudoración fría, sensación de mareo, bajada de tensión arterial e incluso lipotimia.

En el caso de existir alguna alergia conocida a los anestésicos debe avisar siempre al profesional. Si hubiera alguna alergia desconocida pueden producirse alteraciones del tipo urticaria, edema de glotis e incluso *shock* anafiláctico, que necesitarían otros medios de reanimación.

#### B) Referidas al tratamiento en sí:

Durante la fase de apertura y limpieza de los conductos pueden aparecer alteraciones no detectables que imposibiliten la continuación del tratamiento de conductos tales como: existencia de una red compleja de curvaturas o calcificaciones imposibles de trabajar con los instrumentos disponibles actualmente, comunicaciones con los tejidos periodontales,

o bien contratiempos como la fractura de algún instrumento que el profesional intentará subsanar, pero que en el caso de no lograrse complicarían el pronóstico del tratamiento.

**C) Referidas al futuro del tratamiento:**

Una vez finalizado el tratamiento es necesario realizar la restauración definitiva del diente. Si dicha reconstrucción no fuese la indicada o se retrasase en exceso o el paciente tuviera hábitos de apretamiento (bruxismo) o mordiese accidentalmente alimentos muy duros sobre los dientes desvitalizados, podrían producirse fisuras verticales o fracturas radiculares que empeorarían el pronóstico restaurador, pudiendo llegar a implicar la necesidad de extraer el diente.

Una vez terminado el tratamiento (o entre las sesiones) el diente puede quedar sensibilizado a la presión durante un periodo más o menos largo pudiendo necesitar algún analgésico. En algunos casos, puede llegar a producirse la inflamación de los tejidos próximos al diente, pudiendo ser necesaria en tal caso la administración de antibióticos.

Podrán ser necesarias revisiones y radiografías algún tiempo después de realizar el tratamiento para comprobar su evolución y pronóstico definitivo. Puede producirse algún cambio de coloración externa en la corona o bien necesitar algún otro procedimiento como el retratamiento no quirúrgico o la cirugía periapical, si con el primer tratamiento no se consiguiesen los objetivos, ya que en el organismo humano nunca podemos tener *a priori* la garantía absoluta del éxito.

**Riesgos personalizados:**

Se hará siempre una historia clínica de las enfermedades que afecten al paciente para comprobar la idoneidad del retratamiento de conductos (reendodoncia).

---

---

---

---

---

**Información de su interés:**

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento dental al que va a ser sometido y los riesgos y complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este tratamiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico que le atiende está capacitado y dispone de medios para tratar de resolverlas. Por favor, lea atentamente este documento y consulte con su dentista las dudas que pueda tener.

**Alternativas al procedimiento:**

La extracción del diente.

Versión del documento: 07/2017

## CONSENTIMIENTO INFORMADO – REENDODONCIA

Para satisfacción de los **derechos del paciente**, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la ley 41/2002:

Yo, D/D<sup>a</sup> ..... como paciente, o D/D<sup>a</sup> ..... como su representante legal en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO:

Que el/la Dr/Dra ..... me ha explicado, en términos asequibles, que necesito un **retratamiento endodóntico** en el/los diente/s ..... y me han sido expuesto los posibles riesgos generales contenidos en las hojas informativas adjuntas, publicadas por la Asociación Española de Endodoncia (AEDE), permitiéndome realizar todas las observaciones y preguntas para aclarar mis dudas.

### Riesgos personalizados en su caso:

---

---

---

---

Consiento en que se tomen fotografías o registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, para facilitar el avance del conocimiento científico y la docencia. En todos los casos será resguardada la identidad del paciente.

Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** en que se me realice el **retratamiento endodóntico**.

En ..... a ..... de ..... de 20.... Hora: ..... : .....

Firma del paciente:

Firma del profesional:

Fdo. D/D<sup>a</sup> .....

Fdo. D/D<sup>a</sup> .....

DNI nº: .....

DNI nº: .....

## **INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES**

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de datos y la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos de que sus datos personales son objeto de tratamiento por parte de:

NOMBRE, CIF Y DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA

Dicho tratamiento está legitimado al resultar necesario para dar cumplimiento a las obligaciones legales derivadas del presente documento. Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición así como los de limitación y portabilidad dirigiéndose por escrito a la dirección postal anteriormente indicada o bien a través del correo electrónico

“He leído y comprendido la información y consentimiento que presto sobre el tratamiento de mis datos personales”.

Firma del paciente:

**AEDE**  
Asociación Española de  
**ENDODONCIA**

Fdo. D/D<sup>a</sup> .....

DNI nº: .....