



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE APICECTOMÍA

Yo ..... (como paciente), con  
DNI No. ...., mayor de edad, y con domicilio en .....

o Yo ..... con DNI No. ....,  
mayor de edad, y con domicilio en .....  
en calidad de  
representante legal de .....

### DECLARO

Que el Cirujano-Dentista.....  
me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar cirugía  
periapical a un diente, dándome la siguiente información:

1.- El propósito principal de la intervención es eliminar restos de un proceso infeccioso,  
(granuloma o quiste periapical).

2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de  
anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que  
provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe  
transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que  
normalmente van a desaparecer en unas 2 o 3 horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el  
punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos  
frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden  
requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que,  
en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que  
deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias  
o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis,  
asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento  
urgente.

3.- La intervención consiste en la incisión a nivel de la mucosa, eliminación de la tabla  
ósea y por la ventana abierta eliminar el ápice de la raíz enferma. Posteriormente se  
realizará u legrado de la región apical.



# Colegio Odontológico del Perú

## Consejo Administrativo Nacional

4.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que pueden producirse procesos edematosos, inflamación, dolor, laceraciones en la mucosa de la mejilla o del labio, o en la lengua, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuar el procedimiento. También se ha explicado que, aunque con menos frecuencia, y con independencia de la técnica empleada en el procedimiento y de su correcta realización, puede resultar lesionado el nervio dentario de la mandíbula, lo que implica anestesia o insensibilidad alguna zona de la boca o la cara que puede ser temporal o definitiva; existe también la posibilidad excepcional, e independiente de la técnica empleada y su correcta realización, de lesionar el seno y provocar una sinusitis que deba ser tratada posteriormente por el especialista competente.

5.- El Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamiento complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual pueden aumentar las complicaciones.

He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello,

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de apicectomía.

En Lima, a .....de .....de.....

El Paciente o  
Representante Legal

Cirujano-Dentista  
COP .....