

APÉNDICES

Apéndice A. consentimiento informado

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. POSGRADO DE ENDODONCIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DENTALES UNIRADICULARES EXTRAIDOS CON FINES ORTODONTICOS, CON ENFERMEDAD PERIODONTAL O FINES PROSTODONTICOS PARA EL ESTUDIO DENOMINADO “DETERMINACIÓN DE LA RUPTURA DE BURBUJA APICAL EN DOS EQUIPOS ULTRASÓNICOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO”

Nombre del Paciente: _____

Documento de Identidad: _____

Edad: _____ Género: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Introducción

El objetivo de este documento es proporcionarle información completa sobre su participación en una investigación llevada a cabo por estudiantes de la especialización en Endodoncia de la Universidad Santo Tomás, sede Bogotá. Su participación consiste únicamente en la donación de dientes unirradiculares (como premolares o incisivos) que serán extraídos por indicación clínica (tratamientos ortodónticos, periodontales o protésicos), los cuales serán utilizados exclusivamente con fines de investigación científica. La decisión de donar es completamente voluntaria y no afectará la calidad ni continuidad de su tratamiento odontológico.

Descripción del estudio

El objetivo de este estudio es determinar la efectividad de los equipos ultrasónicos inalámbricos y alámbricos en la ruptura de la burbuja apical en dientes unirradiculares humanos al modificar el tiempo de activación. La investigación se realizará utilizando dientes unirradiculares humanos previamente extraídos y donados. La única participación que se solicita de usted como paciente consiste en la donación de los dientes que serán extraídos debido a indicaciones clínicas dentro de su tratamiento integral, ya sea con fines ortodónticos, periodontales o de rehabilitación, y no por motivo de esta investigación.

Procedimiento

La extracción de los dientes unirradiculares será realizada por profesionales capacitados en cirugía oral o maxilofacial, bajo condiciones clínicas adecuadas y como parte del tratamiento integral indicado para usted, ya sea con fines ortodónticos, periodontales o de rehabilitación. Una vez extraídos por motivos clínicos, los dientes podrán ser donados de manera voluntaria para ser utilizados exclusivamente en el desarrollo del estudio titulado “Determinación de la ruptura de burbuja apical en dos equipos ultrasónicos. Estudio descriptivo”. Su participación se limita únicamente a la donación de las piezas dentales, sin que esto implique ningún otro procedimiento adicional asociado al proyecto de investigación.

Riesgos y complicaciones

Es importante aclarar que los riesgos o posibles complicaciones derivados del procedimiento de exodoncia (como dolor, inflamación, sangrado o infección) corresponden únicamente al tratamiento clínico realizado por su equipo odontológico tratante. El presente estudio no interviene en el procedimiento de extracción ni asume responsabilidad sobre los efectos derivados del mismo, ya que estos se realizan exclusivamente por razones terapéuticas previamente definidas en su plan de tratamiento.

Confidencialidad

La información personal y los datos relacionados con su participación serán tratados con estricta confidencialidad y serán utilizados únicamente para los propósitos de este

estudio. Los resultados serán reportados de manera anónima, si usted tiene preguntas adicionales que considera deben ser respondidas puede comunicarse con las Doctoras Liliana Infante Suarez, Tel 3142321313 y Carolay Navarro, Tel 3125763038.

Beneficios

Aunque no obtendrá un beneficio directo por su participación, su colaboración mediante la donación de las piezas dentales contribuirá significativamente al progreso de la investigación científica en el ámbito de la Endodoncia, lo que podría favorecer futuros avances en los tratamientos odontológicos.

Derecho a retirarse

Usted puede decidir, en cualquier momento, no continuar con la autorización para la donación sin necesidad de explicar los motivos. Esta decisión no afectará de ninguna manera la atención ni los procedimientos clínicos que reciba.

Consentimiento

Manifiesto que he leído cuidadosamente la información contenida en este documento y que he recibido respuestas claras y satisfactorias a todas las dudas que expuse. De manera libre y voluntaria, autorizo la entrega de los dientes unirradiculares que serán extraídos como parte de mi tratamiento odontológico, para ser empleados únicamente en la investigación titulada “**Determinación de la ruptura de burbuja apical en dos equipos ultrasónicos. Estudio descriptivo**”.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Investigador Responsable: _____

Nombre del Investigador Responsable: _____

Apéndice B. Tablas de recolección de datos

ultrasonido	Equipo alámbrico	Equipo inalámbrico	RUPTURA (SÍ O NO)
Diente			
1	Ciclo 3	Ciclo 3	SÍ
2	Ciclo 1	Ciclo 5	SÍ
3	Ciclo 4	-----	SÍ / NO
4	-----	Ciclo 2	NO/ SI
5	Ciclo 4	-----	SÍ / NO
6	Ciclo 4	-----	SÍ / NO
7	-----	Ciclo 1	NO/ SI
8	Ciclo 1	Ciclo 2	SI / SI
9	Ciclo 1	Ciclo 1	SI / SI
10	Ciclo 1	Ciclo 5	SI / SI
11	-----	Ciclo 2	NO / SI
12	Ciclo 2	-----	SI / NO
13	Ciclo 1	Ciclo 5	SI / SI
14	Ciclo 3	-----	SÍ / NO
15	Ciclo 3	Ciclo 3	SI / SI
16	-----	Ciclo 2	SÍ / NO
17	Ciclo 5	Ciclo 3	SI / SI
18	Ciclo 1	Ciclo 1	SI / SI
19	Ciclo 1	Ciclo 2	SI / SI
20	Ciclo 1	Ciclo 2	SI / SI
21	Ciclo 5	Ciclo 3	SI / SI
22	Ciclo 1	Ciclo 1	SI / SI
23	-----	Ciclo 2	SÍ / NO
24	Ciclo 2	Ciclo 2	SI / SI
25	Ciclo 3	Ciclo 1	SI / SI