

EXODONCIA QUIRÚRGICA DE TERCEROS MOLARES INCLUIDOS

1. ¿Qué es? Es una cirugía oral para el tratamiento del problema y patología de los terceros molares o muelas del juicio, así como quistes u otras entidades relacionadas. La causa más frecuente de inclusión (quedarse dentro de la encía) de estos dientes es la falta de espacio en la arcada y en casos más excepcionales la presencia de patologías asociadas.

2. ¿Cómo se realiza? La extracción puede realizarse con anestesia general o local con el riesgo inherente asociado a la misma.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Riesgos frecuentes:**

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma e hinchazón de la región.
- Hemorragia postoperatoria.
- Apertura e Infección de los puntos de sutura.
- Daño a los dientes vecinos.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Infección de los tejidos o del hueso (osteítis).
- Sinusitis.
- Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.

▪ **Riesgos infrecuentes:**

- Fracturas óseas.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.

4. Consecuencias previsibles de su realización: producir un beneficio en la salud del paciente pues desaparecerán los signos o síntomas relacionados con la muela del juicio que se extraiga. Esta mejoría consiste en la desaparición de la inflamación del tejido que rodea el diente (pericoronaritis aguda), de la caries del segundo molar por malposición e impactación (diente que no logra salir completamente a través de la encía) y la retención de alimentos.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: pueden persistir los síntomas de inflamación, infección (a veces grave), dolor e incluso aumentar los síntomas u otros problemas bucales (caries en dientes adyacentes).

6. Alternativas: en caso de decidir no extraer la pieza dental, se podrán tratar las complicaciones de dolor y de infección mediante tratamiento médico, pero es preciso saber que estas medidas de tratamiento médico no siempre logran su finalidad y no habría otra alternativa que la cirugía de extracción.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales