

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES QUE TOMEN O HAYAN TOMADO BISFOSFONATOS ORALES Y TENGAN QUE SER SOMETIDOS A ALGÚN PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA ORAL

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D. /D<sup>a</sup>:..... con DNI:..... como paciente (en caso de menores o incapacitados consignar el nombre y DNI del padre, madre, tutor o persona responsable)  
D./D<sup>a</sup>:..... DNI: ....., ha sido informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), Col. Nº: (nº de colegiado del doctor informante) de (ciudad de colegiación del doctor informante), sobre los riesgos asociados a la toma de **bisfosfonatos orales** junto al procedimiento quirúrgico que necesito.

Me doy por enterado/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento:

Los bisfosfonatos son medicamentos empleados para evitar la pérdida de masa ósea. En toma oral suelen utilizarse para el tratamiento de la osteoporosis y de otras patologías óseas como la enfermedad de Paget. Dado que usted consume o ha consumido en los últimos tres años este medicamento, debe informar a su dentista/cirujano maxilofacial del tiempo durante el que lo ha tomado y cuándo dejó de hacerlo. También debe informar al dentista/cirujano maxilofacial de la causa por la que lo tomó. Si tiene alguna duda respecto a cualquiera de estas cuestiones debe consultar con el médico responsable de su tratamiento o su médico de cabecera.

La realización de procedimientos de cirugía oral en pacientes que tomen o hayan tomado bisfosfonatos orales durante al menos tres años, se ha asociado en algunas ocasiones a una patología denominada "**osteonecrosis de los maxilares**". Esta patología consiste en una necrosis (pérdida de vitalidad) del hueso maxilar o mandibular que puede ser potencialmente grave.

El riesgo de que ocurra esta "osteonecrosis de los maxilares" tras un procedimiento de cirugía oral en pacientes que tomen o hayan tomado bisfosfonatos es bajo. Se estima entre el 0,01-0,04% de los casos. Es realmente infrecuente pero debe conocerlo.

Bajo ninguna circunstancia debe usted interrumpir el tratamiento mediante bisfosfonatos orales sin indicación expresa del médico que se los prescribió, ya que podría usted empeorar la patología de base. Durante los tres primeros años de tratamiento con bisfosfonatos orales el riesgo de necrosis de los maxilares es inexistente, y por tanto, usted debe aprovechar este periodo para iniciar y mantener un riguroso control sobre su higiene y salud bucodental, solicitando una valoración por parte de su dentista/cirujano maxilofacial, que deberá diagnosticar la existencia de posibles focos infecciosos presentes y futuros, y proceder a su tratamiento durante ese periodo, en el que todavía se podrá realizar cualquier procedimiento curativo o preventivo, incluyendo la extracción de aquellos dientes con un pronóstico incierto.

Debe usted cumplir meticulosamente los consejos y pautas de tratamiento dados por su dentista/cirujano maxilofacial y deberá consultar cualquier eventualidad que ocurra y que le parezca anormal. Si se somete a algún tratamiento bucodental, debe acudir a la revisión de la zona tratada y a retirar los puntos de sutura, si procede, en el plazo que se le ha indicado, y siempre que tenga cualquier tipo de molestia o duda sobre el tratamiento. Un factor de protección frente a esta patología es el mantenimiento exquisito de la higiene oral.

Yo D. /D<sup>a</sup>:..... Como paciente (y si procede) D. o D<sup>a</sup>:.....(como padre, madre, tutor o persona responsable), he sido informado/a por el Dr. (nombre del doctor informante), mediante un lenguaje claro y sencillo, me ha dado respuesta a cuantas observaciones he formulado, aclarando todas la dudas, por lo cual comprendo el alcance y el significado de dicha información y **consiento** en realizarme el procedimiento de cirugía oral descrito en el plan de tratamiento. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento, haciendo frente a los gastos ocasionados hasta ese momento.

Toledo,.....de.....de 20.....

El paciente (padre madre o tutor)

El Odontólogo informante