



Clínica Dental
Can Parellada

93 731 78 20

608 297 949

Amèrica 1, 1º | 08228 Terrassa (BCN)

www.dentalcanparellada.es

www.excelenciadental.cat



Este documento, tiene una finalidad meramente informativa. El día de la realización del tratamiento, se le hará entrega del mismo formulario, pero personalizado con sus datos y los datos del doctor que le intervendrá, y si tendrá validez como consentimiento al realizar la intervención ahora descrita. El objetivo de esta entrega previa, es que lo pueda leer detenidamente y si le surge cualquier tipo de duda, nos los pueda hacer saber con anterioridad a la intervención.



TEXTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE CIRCUNSTANCIAS PARTICULARES POR ESTAR EN TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS O ANTICUERPOS MONOCLONALES

Por estar en tratamiento con bifosfonatos o bien anticuerpos monoclonales, debe saber que la cirugía oral o implantológica puede producir una patología denominada **osteonecrosis de los maxilares**, que consiste en una necrosis (pérdida de vitalidad) del hueso maxilar o mandibular, que puede ser potencialmente grave. Actualmente se estima que este riesgo es pequeño, pero dado su potencial de gravedad, debe conocerlo: entre un 0.01-0.04%, dependiendo de las estadísticas (aunque cada vez son más pesimistas) y dependiendo de otras circunstancias (tiempo que hace que se le administra el fármaco y la asociación simultánea con corticoides, que aumenta el riesgo). El riesgo de osteonecrosis es considerablemente mayor si el bifosfonato se administra por vía endovenosa.

El riesgo se inicia ya antes del 3º año de tratamiento. Sólo parecen seguros los primeros 3 meses, en los que es conveniente someterse a diagnóstico y tratamiento bucodental exhaustivo.

Sin embargo, **usted no debe interrumpir el tratamiento de bifosfonatos sin indicación del médico que se los prescribió**, porque podría empeorar su patología de base. Es especialmente importante que cumpla meticulosamente las pautas del dentista, que extreme la higiene oral en los días posteriores a la cirugía y acuda cuanto antes a la consulta ante cualquier eventualidad que ocurra y le parezca anormal.

Por todo ello, **doy mi consentimiento** para que se me realice el tratamiento indicado. Encuentro satisfactorias las explicaciones recibidas y comprendo perfectamente la finalidad, naturaleza, riesgos probables y particulares de mi persona y las contraindicaciones.

Firma paciente:

Firma Dr:

Consúltenos si tiene cualquier duda:



93 731 78 20 |



608 297 949

Puede descargarse esta información en:

<https://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/cirugia-bifosfonatos-cas.pdf>