

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La operación puede necesitar anestesia general, o de la extremidad que se va a intervenir. El servicio de anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La operación consiste en la extracción parcial o total de un implante (prótesis, clavo, tornillos, placa, agujas, varillas metálicas, fijador externo, etc.) colocado con anterioridad para tratar una lesión. Habitualmente la operación para la retirada del material implantado se realiza por la misma incisión de la intervención anterior. A veces, es necesario utilizar un nuevo abordaje o ampliar el antiguo. Si la retirada del material se debe realizar antes de que la lesión inicial haya curado, es muy posible que se deba colocar algún otro tipo de fijación. Si la retirada es por una infección, por lo general se sustituirá por un fijador externo.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Sirve para aliviarle los síntomas que pueda producir el implante, facilitar el tratamiento rehabilitador, pasar a la siguiente fase del tratamiento de su lesión, o como parte del tratamiento de otras complicaciones de la intervención inicial (rotura de material, movilización, infección). Se beneficiará: - En la mejoría de las molestias motivadas por este material (dolorosas, pérdida de fijación, estéticas, etc.) en un hueso que ya no lo necesita. - En facilitar el paso a una nueva fase de recuperación de su lesión. - Si se ha presentado una complicación, en favorecer su curación.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Puede decidir no quitarse el material implantado. Esta decisión tiene consecuencias que variarán dependiendo del tipo de material, de su localización, y de cuál sea el motivo que hace recomendable la retirada.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

- Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización.
- Durante unos días necesitará reposo con el miembro intervenido en alto.
- Si la lesión inicial aún no había curado, deberá continuar el tratamiento necesario.
- Según el tipo de operación y de anestesia, puede necesitar una sonda de orina durante algunos días.
- En la intervención o en los días siguientes puede aparecer anemia debida a la pérdida de sangre durante la operación y necesitar transfusiones o suplementos de hierro. En ciertos casos y ante intervenciones programadas con tiempo suficiente, se le podrá plantear la autotransfusión (hacer extracciones de su propia sangre para tenerlas listas por si fueran necesarias).

RIESGOS FRECUENTES

- A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica:
- Dolor o molestias en las zonas cercanas. Por lo general desaparecen en pocos días, pero existe el riesgo de que se prolonguen en el tiempo o se hagan continuas.
 - Anemia postoperatoria que puede necesitar una transfusión sanguínea.
 - En pacientes de edad avanzada es frecuente que tras la intervención y durante el ingreso aparezca confusión, desorientación, agitación y dificultad para dormir. Esto suele desaparecer a las semanas del alta.
 - Calcificaciones y miositis osificante: La cicatrización de los tejidos lesionados durante un traumatismo o una operación puede complicarse y formar acúmulos de calcio que limiten o bloqueen por completo la movilidad de las articulaciones.
 - Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos.
 - Complicaciones de la cicatriz: Existe el riesgo de que la cicatriz de la operación sea dolorosa o poco estética.
 - Necrosis cutánea: La pérdida del riego sanguíneo de la piel próxima a la herida puede hacer necesaria la extirpación de zonas de piel muerta y su cobertura con injertos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS

RIESGOS POCO FRECUENTES

Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves:

- Fractura o perforación del hueso durante la extracción del implante o con posterioridad.
- Imposibilidad de extraer el material o rotura del mismo durante la extracción, pudiendo quedar algunas partes dentro del hueso lo que puede hacer imposible la extracción completa.
- Infección: La infección puede ser superficial (localizada justo bajo la piel) o profunda (afecta a músculos y hueso).
- Hemorragia
- Trombosis Venosa y Tromboembolismo Pulmonar
- Distrofia simpático-refleja
- Síndrome compartimental

Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....	
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	
Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI	
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	
EN, A LOS DÍAS DE DEL	
..... FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE	
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.	
EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE	
..... PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO