

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL IMPLANTE DE CEMENTOS BIOLÓGICOS Y/O CERÁMICOS. AAOT

Ley 26529

Además de la información oral facilitada por su médico sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito principal de los detalles transcritos a continuación, es que conozca del procedimiento al que va a ser sometido, las complicaciones más frecuentes del mismo y las alternativas terapéuticas al tratamiento indicado por su doctor.

Lea atentamente este documento y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Por imperio de las leyes mencionadas arriba, usted o su representante legal deberá firmar el consentimiento para poder realizarle la intervención.

DETALLES DE LA INTERVENCIÓN

El propósito principal de la intervención consiste en rellenar un defecto óseo consecutivo a la resección de una lesión intraósea ocupante de espacio, a una fractura con compactación del hueso esponjoso o a la acción de un granuloma inflamatorio.

La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesiología.

La intervención consiste en rellenar una cavidad, localizada en el interior de un hueso, que, normalmente, debería estar ocupada por tejido óseo. Salvo en los casos consecutivos a fracturas, previamente al relleno es necesario vaciar la cavidad de su contenido y tratar sus paredes para disminuir las posibilidades de reanudación o recidiva del proceso que eliminó el tejido óseo normal. Para llevar a cabo este propósito puede ser necesario realizar una o varias de las siguientes técnicas quirúrgicas:

- . Abordaje de la lesión ósea, que dependerá en gran medida del tipo de patología desencadenante.
- . Realización de una ventana en el hueso afectado, (sólo para lesiones cerradas).
- . Vaciado del contenido de la cavidad.
- . Curetaje de las paredes de la cavidad.
- . En algunas lesiones de origen tumoral puede estar indicada la ampliación del margen de seguridad mediante el tratamiento de las paredes de la cavidad; este tratamiento puede ser mecánico (fresado), químico (pincelaciones con una solución de fenol) o térmico (relleno con nitrógeno líquido).
- . Relleno de la cavidad con el cemento elegido.
- . Fijación de la tapa ósea de la ventana. Puede realizarse con puntos transóseos o con material de osteosíntesis metálico.
- . En algunas ocasiones puede estar indicada la utilización de un material de osteosíntesis de soporte.
- . Inmovilización provisional de las articulaciones adyacentes a los huesos tratados.
- . Inserción de sistemas de drenaje.

RIESGOS HABITUALES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, insuficiencia respiratoria, edad avanzada, anemia, obesidad, malformaciones,...) lleva implícitas una serie de posibles complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

Las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas para implante de cementos biológicos y/o cerámicos pueden ser muy variadas:

- . Enfermedad tromboembólica.
- . Lesión de los vasos, arteriales y/o venosos, adyacentes.
- . Lesión, parcial o total y provisional o permanente, de los troncos nerviosos adyacentes.
- . Lesión, a medio o largo plazo, de los nervios descomprimidos por falta de aporte sanguíneo.
- . Lesiones de los músculos, ligamentos y tendones adyacentes.
- . Osificaciones y/o calcificaciones en las zonas de despegamiento muscular.
- . Infecciones de la herida quirúrgica que, según su gravedad y profundidad, pueden llegar a afectar a articulaciones y huesos adyacentes.
- . Infecciones de la cavidad ósea rellena por el cemento en cuestión. Pueden ser precoces o tardías.
- . Intolerancia o reacciones alérgicas al material implantado.
- . Hematomas en los labios de la herida o a nivel subcutáneo.
- . Cicatrices hipertróficas.
- . Rigidez de las articulaciones adyacentes, generalmente de carácter pasajero.
- . Síndromes algodistróficos por trastorno vasomotor.
- . Síndromes compartimentales.
- . Retardo o ausencia de consolidación de la tapa de la ventana ósea.

. Fracturas a nivel de la zona ósea tratada.
. Intolerancia al material de osteosíntesis (especialmente en fijadores externos).
. Roturas del material de osteosíntesis.
. Infecciones secundarias en torno al material de osteosíntesis.
. Menos frecuentemente pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, urológicas, gastrointestinales y confusión mental postoperatoria, sobre todo en enfermos de edad avanzada.
. En casos excepcionales, y como consecuencia de lesiones de vasos importantes, podría llegar a ser necesaria la realización de transfusiones sanguíneas.
. En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimientos, ampollas...).

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo; y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

RIESGOS PROPIOS DEL PACIENTE

-
-
-
-

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Infiltraciones del defecto con corticoides en determinados tipos de quistes o tumores.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. He podido formular toda las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado toda las dudas planteadas.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice la intervención para **IMPLANTE DE CEMENTOS BIOLÓGICOS Y/O CERÁMICOS**.

Firma del Paciente.....Aclaración.....

Documento.....

Firma del familiar..... Aclaración.....

Documento.....

Firma del Medico:.....Aclaración.....

Representante legal en caso de incapacidad del paciente:

FIRMA.....Aclaración.....

Documento.....Carácter.....(padre, madre, tutor, etc.)

En....., a.....días del mes de.....de.....