



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RETIRO DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS. 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 el 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 es prevenir los trastornos que pueden desencadenarse a medio o largo plazo en el hueso huésped por la presencia del material de osteosíntesis así como aliviar el dolor o las molestias de las que a veces es responsable dicho material.

La intervención puede precisar de anestesia, que será valorada por el servicio de Anestesiología.

La intervención consiste en la extracción del material de osteosíntesis que puede ser muy diverso (agujas, tornillos, placas atornilladas, clavos intramedulares etc.) y que se había colocado anteriormente para el tratamiento de fracturas o realización de diversos tratamientos en cirugía ortopédica.

### **RIESGOS HABITUALES**

Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de la intervención quirúrgica para LA RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, pueden ser:

- . Problemas vasculo-nerviosos secundarios a la utilización del manguito de isquemia.
- . Infección de la herida quirúrgica.
- . Lesión de los vasos adyacentes.
- . Lesión o afectación de los nervios adyacentes, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
- . Enfermedad tromboembólica, que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.
- . Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención, lo que puede obligar a la realización de una nueva osteosíntesis en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo. . Pueden producirse diferentes complicaciones de índole técnico que imposibiliten o desaconsejen la extracción de parte o de la totalidad del material implantado.
- . Complicaciones cutáneas (necrosis, etc.).
- . Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Südeck.
- . Síndrome compartimental.
- . En determinados casos puede ser necesaria la transfusión de sangre.

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

### **RIESGOS PROPIOS DEL PACIENTE**

- 
- 
- 
-



## TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Pueden utilizarse analgésicos anti inflamatorios y en ciertos casos puede ser beneficioso al reposo, la deambulación con muletas o el uso de férulas.

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la cirugía de retiro de osteosíntesis de..... y que me han explicado las posibles alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida he podido formular toda las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado toda las dudas planteadas. Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación no me han sido garantizados la obtención de los mismos.

En consecuencia doy mi consentimiento para la realización de la intervención

Firma del paciente..... Aclaración.....

Documento.....

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

Documento.....

Firma del médico..... Aclaración.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter en que intervienen (padre, madre, tutor, etc.):

Firma..... Aclaración.....

Documento..... Carácter.....

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