

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención consiste en la extracción del material de osteosíntesis: agujas, tornillos, placas atornilladas, clavos etc. que se han colocado con anterioridad para el tratamiento de fracturas o la realización de otros procedimientos de cirugía ortopédica.

Para la extracción se puede abrir la herida utilizando la incisión original o realizar nuevas incisiones más largas para retirar los dispositivos. En la misma intervención se elimina cualquier tejido cicatricial que haya formado alrededor de estos materiales. En ocasiones se pueden colocar dispositivos nuevos en su lugar.

La incisión se cierra con puntos de sutura, grapas o una goma especial. La herida se cubrirá con un vendaje para ayudar a evitar una infección.

La finalidad principal de la intervención es prevenir los problemas que pueden desencadenarse a medio o largo plazo en el hueso por la presencia del material de osteosíntesis, así como, aliviar el dolor o las molestias originadas por dicho material.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hematoma o lesión vascular.
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivadas del uso del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- Lesión o afectación de los nervios cercanos, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
- Lesiones musculares, de tendones o ligamentos.
- Rigidez de las articulaciones vecinas.
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Rotura, aflojamiento o penetración intraarticular del material implantado.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- Complicaciones técnicas de la intervención que imposibiliten o desaconsejen la extracción de parte o de la totalidad del material implantado.
- Algodistrofia o enfermedad de Sudeck: cambios en el color, sensibilidad y la temperatura de la piel, con dolor, sudor e inflamación.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Mantener el implante en aquellos casos en los que no sea imprescindible su retirada.

AUTORIZACIÓN PARA "EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: