

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos mi diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del tratamiento para el mismo, autorizo al/la Dr./Dra. _____ y a su equipo, a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.
- 2) La intervención me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha explicado que la intervención quirúrgica consiste en la extracción parcial o total de un implante (prótesis, clavo, tornillo, placa, agujas, varillas metálicas, fijador externo, etc.) colocado con anterioridad. En el caso específico de una prótesis, la misma necesita ser retirada en caso de desgaste, movilización, rotura en alguno de sus componentes o infección.
- 3) El objetivo de la cirugía consiste en la desaparición o disminución de la sintomatología dolorosa e intentar mejorar la movilidad, facilitar el tratamiento rehabilitador o para pasar a la siguiente fase del tratamiento. También tiene como propósito intentar eliminar la infección, en el caso de que exista. Generalmente la intervención quirúrgica se realiza utilizando la misma incisión quirúrgica de la intervención anterior, aunque en ocasiones puede ser necesario un nuevo abordaje o ampliarlo. En caso de la extracción de una prótesis suele ser necesario extirpar parte del hueso que hay alrededor de la misma. En el caso de optarse por el recambio de la articulación, suele necesitarse un implante más grande que tenga algún suplemente para estabilizar la prótesis o la utilización de injertos óseos (del propio paciente, del banco de huesos o artificial). La colocación de la prótesis suele tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento del miembro intervenido. Si se efectúa únicamente el retiro de la prótesis, la extremidad intervenida suele quedar acortada y con el pie girado hacia afuera. Después de la intervención presentará molestias en la zona de la intervención, debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona, las cuales se pueden prolongar durante algún tiempo, o bien resultar continuas. La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención.
- 4) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes: como frecuentes: infección de herida, sangrado, hematoma, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloides o hipertrófica), dehiscencias de suturas y anemia post-operatoria. Como menos frecuentes: obstrucción venosa con formación de trombos y eventual TEP (Tromboembolismo pulmonar), infección de la prótesis superficial o profunda (esta última puede requerir retirar el implante), lesión nerviosa que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis (la misma puede ser temporaria o

definitiva), fractura ósea, luxación protésica, limitación de la movilidad articular (secundaria en general a la aparición de calcificaciones o de cicatrices adherentes alrededor de la prótesis), distrofia simpática refleja, síndrome compartimental. Como infrecuentes pero graves: lesión vascular que puede requerir en los casos graves de la amputación del miembro, arrancamientos tendinosos, hipotensión arterial severa al realizar la fijación de la prótesis, que puede conducir al paro cardíaco y originar la muerte.

- 5) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de presentar una progresión de los síntomas incapacitantes. En caso de infección del material de osteosíntesis o protésico, existe riesgo de infección generalizada e incluso la muerte.
- 6) Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme la siguiente: continuar con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la articulación, descargarla utilizando un bastón o intentando perder peso. Asimismo, se me ha explicitado que, de acuerdo a mi estado actual de salud, resulta más aconsejable el procedimiento quirúrgico propuesto. Se me han explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección de tratamiento alternativo. Se me ha advertido que, en caso de infección del material de osteosíntesis o protésico, el único tratamiento posible es la intervención quirúrgica.
- 7) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio
- 8) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es 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 su totalidad.
- 9) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI/NO**) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 11) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 12) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

Firma: _____

13) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concurre a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____