

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS/  
PRÓTESIS ARTICULAR.**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

1. Yo,.....con diagnóstico presuntivo de....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi enfermedad, sus riesgos, los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, por la presente autorizo al **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como....., que se realizará en .....
  
2. La intervención enunciada en el punto precedente 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. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - a) 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.
  - b) 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.
  - c) 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.
  - d) 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.
  - e) 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.
  - f) 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.
  - g) 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.
  
3. 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 descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:

***Firma del paciente o representante/s***

3.1. **Frecuentes:** Infección de herida, sangrado, hematoma, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), dehiscencias de suturas y anemia post-operatoria.

3.2. **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.

3.3. **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.

4. 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, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
5. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
6. 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 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (*marcar "Sí o 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.-
10. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
11. 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. Manifiesto ser alérgico a:.....
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 de la salud, 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.-

**13.** 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.

**14.** He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

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

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....