

## RETIRADA DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

1. 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.
2. La intervención puede precisar de anestesia, que será valorada por el servicio de Anestesiología.
3. 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.
4. 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.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para LA RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS, pueden ser:
  - a) Problemas vásculo-nerviosos secundarios a la utilización del manguito de isquemia.
  - b) Infección de la herida quirúrgica.
  - c) Lesión de los vasos adyacentes.
  - d) Lesión o afectación de los nervios adyacentes, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
  - e) Enfermedad tromboembólica, que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.
  - f) 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.
  - g) Pueden producirse diferentes complicaciones de índole técnico que imposibiliten o desaconsejen la extracción de parte o de la totalidad del material implantado.
  - h) Complicaciones cutáneas (necrosis, etc.).
  - i) Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Südeck.
  - j) Síndrome compartimental.
  - k) En determinados casos puede ser necesaria la transfusión de sangre.
6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

### PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En.....a .....de.....de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA PACIENTE**

### REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente la.....

En.....a .....de.....de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA REPRESENTANTE**

### REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña ..... **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a ..... procedimiento de.....

En .....a .....de.....de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA PACIENTE**