

Tratamiento quirúrgico de extracción de material

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte, con su médico todas las dudas que se le planten. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

1- PROCEDIMIENTO.

La operación consiste en la extracción parcial o total de un implante (prótesis, clavo, tornillos, placa, agujas, varillas metálicas o fijador externo) colocado con anterioridad para tratar su lesión. Habitualmente la extracción se efectúa por el mismo abordaje por donde se introdujo.

Actualmente porque comienza a molestarle o porque ha terminado su función es conveniente extraérselo total o parcialmente.

El objetivo es aliviarte el dolor que produce el implante, facilitar el tratamiento rehabilitador, o seguir con una segunda fase del tratamiento de su lesión.

El procedimiento precisa de anestesia, que según sea el implante a extraer puede ser desde anestesia general a local. El servicio de Anestesia estudiara sus características personales, informándote en su caso cual es la más adecuada.

Dependiendo del implante a extraer puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección o de aparición de trombosis.

2- CONSECUENCIAS SEGURAS

Durante unos días presentara molestias en la zona de la herida, debido a la cirugía y al proceso de cicatrización que puede prolongarse algunas semanas, meses o hacerse continuas. Durante unos días precisara reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar.

Inicialmente presentara perdida de fuerza que recuperara paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

3- DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo de porcentaje de mortalidad.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección de la herida que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda que requiere además de antibiótico apertura de la herida y drenaje.
- Lesión de los vasos o nervios de la zona.
- Fractura o perforación del hueso durante la extracción del implante o con posterioridad.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como: imposibilidad de extraer el material, cicatriz de la operación dolorosa y antiestética, quemadura por el bisturí eléctrico.
- A estas hay que añadir todas las complicaciones que se le expusieron en el momento de la primera intervención.

4- RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos

5- ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La alternativa seria mantener el implante, en aquellos casos en los que no sea imprescindible su retirada para poder continuar el tratamiento.

En el caso de que produjera alguna molestia se trataría de analgésicos.

6- DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Yo D/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 medico 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 la extracción de _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente
D.N.I. _____

REPRESENTANTE LEGAL

Yo D/Dña _____ en calidad de _____ del paciente _____ 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 medico 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 esta 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 _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Representante
D.N.I. _____

TESTIGO

Yo D/Dña _____ declaro bajo mi responsabilidad que D/Dña _____ ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la Doctor/a _____. Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado, y el medico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de esta tratamiento/procedimiento. Y ha expresado libremente su CONSENTIMIENTO de que se realice al paciente _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Representante
D.N.I. _____

7- REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Yo D/Dña _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento de _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente
D.N.I. _____