

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 planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. *Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.*
2. *La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente*
3. *Además de la información verbal facilitada sobre su proceso, debe saber que un cuerpo extraño es cualquier elemento ajeno al cuerpo humano que penetra en este a través de la piel u orificios naturales (ojos, vías respiratorias, oídos, etc). Puede ser una astilla, vidrio, tierra, pieza de metal, proyectiles, etc, pudiendo causar lesión de estructuras próximas (hueso, músculo, tendones, articulaciones, vasos o nervios) y provocar infecciones potencialmente graves.*
4. *El propósito principal de la intervención es la extracción del cuerpo extraño, la revisión quirúrgica de la herida (en condiciones de asepsia), su limpieza meticulosa, la valoración del alcance de la lesión y las estructuras asociadas afectadas y la posibilidad de reparación de las mismas (mediante sutura, ligadura/anastomosis, etc.). Los cuerpos extraños intraarticulares pueden ser extraídos mediante artroscopia. Puede requerir la intervención de más servicios, tratamiento antibiótico y en el manejo postoperatorio pueden ser necesarios vendajes, inmovilizaciones o descargas del miembro afectado. En algunas ocasiones, y a criterio de su cirujano, puede no ser necesaria la extracción del mismo/os por la posibilidad de ocasionar más daño por el propio intento de extracción (por ejemplo: algunas lesiones por perdigonada múltiple).*

RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad etc.), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. Infección de la herida quirúrgica, que en ocasiones puede complicarse afectando a estructuras profundas (tendón, hueso articulaciones), pudiendo diseminarse por sangre y producir incluso una sepsis, situación grave con riesgo de mortalidad elevado.*
- b. Hematoma o lesión vascular importante que puede requerir amputación.*
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.*
- d. Rigidez o limitación funcional de articulaciones afectas y/o vecinas.*
- e. Retraso o fracaso de la cicatrización o de la sutura de las estructuras afectadas.*

- f. Seromas, dehiscencia de la herida quirúrgica, cicatrices hipertróficas o dolorosas, necrosis cutáneas.
- g. Imposibilidad de la extracción total o parcial del cuerpo extraño, que se dejaría en su lugar.
- h. Síndrome de dolor regional complejo.
- i. Embolia grasa o trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- j. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia: hematomas, equimosis cutáneas, lesiones nerviosas por compresión que pudiera causar temporal o definitivamente trastornos sensitivos/motores.
- k. Complicaciones derivadas de la posición durante la cirugía y/o tiempo prolongado de la cirugía (escaras o decúbitos cutáneos, compresiones nerviosas...)

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS

Como alternativa se puede decidir no extraerlos (cuando no exista riesgo potencial de estructuras vecinas), realizando cobertura antibiótica.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. **TAMBIÉN COMPRENDO QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, 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 procedimiento/tratamiento. En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS.**

En....., a de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
 (Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
 (Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
 (Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR
 O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO