



Consentimiento Informado Para  
Osteomielitis Crónica Del Adulto

## **Consentimiento Informado Para Osteomielitis Crónica Del Adulto**

## Consentimiento Informado Para Osteomielitis Crónica Del Adulto

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de la:  
OSTEOMELITIS CRONICA DEL ADULTO.

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

## INFORMACIÓN

La osteomielitis es la infección crónica del hueso por gérmenes patógenos. En la osteomielitis crónica los síntomas sistémicos han cedido pero uno o más focos óseos todavía contienen pus, tejido de granulación infectado o secuestros, a veces no hay manifestaciones activas de infección pero el hueso contiene focos de microorganismos latentes que durante años pueden ocurrir exacerbaciones agudas intermitentes. El tratamiento quirúrgico de la osteomielitis dependerá del tipo de infección, magnitud del compromiso óseo, estado nutricional del paciente y compromiso del estado general. El aseo quirúrgico es fundamental y consiste en drenaje de abscesos, resección de tejido infectado, fístulas y de tejido óseo desvitalizado, como secuestros óseos. Puede ser necesario varias cirugías, procedimientos de cirugía plástica como colgajos miocutáneo, injertos de piel y otros. Si después de la cirugía quedan espacios o defectos óseos, es posible realizar transporte y alargamientos óseos con fijadores externos, o injertos óseos vascularizados. Los antibióticos se administran de acuerdo a cultivo y antibiograma. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones a la técnica debido a hallazgos intraoperatorios, para así proporcionar un tratamiento más adecuado

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

## COMPLICACIONES

- **Frecuentes y poco graves:** Erosiones cutáneas, Dolor prolongado en zona operatoria, Pérdida de fuerza muscular, Edemas y hematomas.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Distrofia simpático refleja, Lesión neuro vascular, Reagudización de la osteomielitis, Necrosis de la piel, Rigidez articular, Aflojamiento de los elementos de OTS, Consolidación en mala posición, Retardo de consolidación, Pseudo artrosis, Acortamiento de la extremidad afectada.
- **Graves y de baja frecuencia:** Trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, Shock hipovolémico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédicos y/o de rehabilitación pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, en ocasiones de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está totalmente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**OSTEOMELITIS CRONICA DEL ADULTO.**

**EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:**.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).