

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS
EXTRAARTICULARES.**

1. DATOS DEL PACIENTE

Pegatina

NOMBRE:

.....

D.N.I.:

2. DATOS DEL REPRESENTANTE

NOMBRE: APELLIDOS:

D.N.I.:

VINCULACIÓN CON EL PACIENTE

Familiar o vinculado de hecho

Representante legal

3. DATOS DEL MÉDICO

Sello facultativo

NOMBRE:

.....

Nº COLEGIADO:

4. DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN

Deseo ser informado de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar:

SI

NO

Deseo que la información de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar, le sea proporcionada a D./Dña

5. PROCESO ASISTENCIAL

5.1. PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en la fijación de los extremos del hueso roto mediante la colocación de placas, tornillos, clavos, agujas, varillas metálicas o fijadores externos.

El propósito principal de la operación consiste en poner en contacto los dos extremos del hueso roto en la posición más favorable, para que puedan unir.

El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole del tipo de anestesia que precisará.

Puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de complicaciones. También puede ser necesaria la realización de transfusiones sanguíneas. En ese caso, se le informará de los riesgos de las mismas.

Como usted ya sabe, está siendo atendido en un Hospital que tiene reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas, los cuales participarán activamente en su asistencia debidamente tutelados por sus docentes.

5.2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida, debidas a la cirugía o a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algún tiempo.

Generalmente se colocará algún tipo de inmovilización temporal. También puede precisar reposo en cama algún día o bien caminar sin apoyar dicha pierna. Recibirá instrucciones sobre los movimientos a realizar o evitar y como utilizar los bastones en el caso de que los precise.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar con el tiempo, dependiendo de la realización correcta y continua de los ejercicios de rehabilitación, de la voluntad que ponga y de su naturaleza en la producción de cicatrices.

5.3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la fractura de
.....del lado....., pueden ser:

- 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 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 que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención.

- Pérdida de fijación de la fractura, que puede romper el material de fijación, generalmente por falta o retardo de consolidación. Puede necesitar la colocación de otro implante metálico, añadiendo o no hueso de otra parte.

- Lesión de los vasos de la extremidad.

- Lesión de los nervios de la extremidad que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Rotura del hueso que se manipula en la intervención.
- Mala alineación de la fractura.
- Necrosis de la piel.
- Aparición de calcificaciones alrededor de la fractura, que pueden limitar la movilidad y requerir otra intervención para extirparlas.
- Pérdida de movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada, que puede ir acompañada o no de descalcificación de los huesos e inflamación importante de la zona (atrofia ósea).
- Puede ser necesaria una segunda operación para extraer el material colocado en la primera, una vez que ha cumplido su misión.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona fracturada hacia el extremo del miembro, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), y bajada de la tensión arterial al realizar la fijación del implante de la cadera, que puede conducir al paro cardíaco.

5.4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar:

- Que no existan riesgos personalizados.
- Que existan los siguientes riesgos:.....
.....
.....
.....

5.5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto la fractura se podrá tratar mediante la alineación de los huesos e inmovilización con una escayola y en otros casos con la colocación de una tracción, hasta que pague su fractura.

5.6. CONTRAINDICACIONES

En el caso de infección activa, la cirugía estaría contraindicada. En caso de embarazo se le informaría de los riesgos.

6. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hoja/s adjunta/s que contienen la información clínica

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el tratamiento de la fractura extraarticular.

En Segovia, a de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....

7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización

En Segovia, a de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....