

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 **TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURAS**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. El procedimiento puede precisar de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.
2. El propósito principal de la intervención es reducir y mantener la fractura hasta su consolidación, para lo cual puede ser necesaria la manipulación de la fractura (con o sin anestesia) hasta su reducción lo más anatómicamente posible y una inmovilización (habitualmente con yeso, aunque en situaciones especiales puede realizarse con tracciones, ortesis u otros dispositivos).
3. Previamente, durante o después del procedimiento pueden existir pérdidas de sangre que requieran transfusiones sanguíneas, esto viene determinado más por la naturaleza de la fractura que por el procedimiento en sí ya que la reducción y estabilización son los que disminuyen el sangrado que ocurre en toda fractura.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURAS

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. Heridas o lesiones cutáneas provocadas por los yesos o dispositivos de inmovilización que podrían infectarse y afectar a tejidos profundos incluyendo hueso, articulaciones, o con diseminación por sangre a otros órganos pudiendo provocar una sepsis, situación con alto riesgo de muerte.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- 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 afectadas y/o vecinas.
- e. Retraso o fracaso de la consolidación ósea.
- f. Complicaciones derivadas de la posición durante el proceso (yeso o tracción con o sin encamamiento): lesiones cutáneas, escaras o incluso necrosis, compresiones nerviosas con déficit sensitivo y/o motor pasajero o definitivo.
- g. Estímulo o detención del crecimiento en niños (esto derivaría de la naturaleza de la propia fractura no del tratamiento ortopédico en sí mismo)
- h. Atrofia de los músculos del área cuya recuperación dependerá de la realización adecuada de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.
- i. Alteraciones de la vascularización y sensibilidad distal al yeso o tracción, siendo importante la vigilancia de ambas.
- j. Síndrome de dolor regional complejo
- k. Síndrome compartimental.
- l. Embolia grasa, o trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURAS

Como alternativa al procedimiento ortopédico está el tratamiento quirúrgico, su indicación dependerá de la valoración individual del caso por los médicos responsables.

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 **TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURAS.**

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