

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 **FRACTURAS METAFISARIAS DEL RADIO Y/O CUBITO DISTAL EN EL NIÑO**. 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. *El propósito principal de la intervención es restablecer en la medida de lo posible la anatomía del radio y cúbito distal y la función de la muñeca.*
4. *La intervención consiste en la reducción quirúrgica de la fractura mediante manipulación (colocación en su sitio de la articulación o alineación de fragmentos óseos) y su estabilización mediante vendajes de yeso y/o implantes metálicos, (habitualmente agujas) que serán retiradas una vez la fractura esté consolidada. Se puede realizar de forma percutánea o con abordaje abierto. La indicación de uno u otro procedimiento depende del tipo de fractura y de la decisión de su equipo quirúrgico.*
5. *Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que requieran transfusiones sanguíneas.*

RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS METAFISARIAS DEL RADIO Y/O CÚBITO DISTAL EN EL NIÑO

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), 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. *Infeción de la herida quirúrgica, que pudiera complicarse afectando al hueso, diseminándose por sangre y afectando a otros órganos provocando una sepsis (situación de infección generalizada con riesgo elevado 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. *Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.*
- e. *Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o del instrumental quirúrgico.*
- f. *Rigidez o limitación funcional articular.*
- g. *Retraso o fracaso de la consolidación ósea.*
- h. *No obtención de estabilidad y reducción suficiente pudiendo ser necesarios nuevos procedimientos quirúrgicos.*
- i. *Seromas de la herida, dehiscencia de la sutura, cicatrices hipertróficas o dolorosas, problemas no infecciosos de la herida quirúrgica, necrosis cutáneas.*
- j. *Síndrome de dolor regional complejo*
- k. *Acortamiento, alargamiento o defectos de rotación y angulación del miembro intervenido por lesiones del cartílago de crecimiento.*
- l. *Síndrome compartimental*
- m. *Embolia grasa o trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).*
- n. *Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia. hematomas, equimosis cutáneas, lesiones nerviosas que pudieran causar temporal o definitivamente trastornos sensitivos y/o motores.*
- o. *Complicaciones derivadas de la posición durante la cirugía y/o tiempo prolongado de la cirugía (escaras o decúbitos cutáneos, compresiones nerviosas, ...cutáneos, compresiones nerviosas, ...)*

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FRACTURAS METAFISARIAS DE RADIO Y/O CÚBITO DISTAL EN EL NIÑO

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en reducción, tracción e inmovilización mediante yesos u ortesis.

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 **FRACTURAS METAFISARIAS DEL RADIO Y/O CÚBITO DISTAL EN EL NIÑO.**

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