



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS EXTRAARTICULARES

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, el 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)

con domicilio en.....

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

DECLARO

Que el **Dr. Javier Romero Fernández**, con N.º de Colegiado **112104130** me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURA EXTRAARTICULAR**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PREOPERATORIO

Este tipo de intervención se realiza, la mayor parte de las veces, en situación de urgencia. Generalmente, 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. PROCEDIMIENTO

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

El objetivo de la intervención consiste en poner en contacto los dos extremos del hueso en la posición más favorable para que puedan unir.

El procedimiento precisa anestesia general, del brazo o de la cintura para abajo. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de fractura, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Según el tipo de fractura puede requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de las mismas.

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 algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.





Generalmente se colocará algún tipo de inmovilización durante un cierto periodo de tiempo. También puede precisar reposo en cama algún día o bien caminar sin apoyar dicha pierna. Recibirá instrucciones sobre los movimientos que realizar y/o evitar y sobre cómo utilizar las muletas en el caso de que las 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.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

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 implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la FRACTURA pueden ser:

- a) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- b) Infección, que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención.
- c) 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.
- d) Lesión de los vasos de la extremidad. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- e) Lesión de los nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- f) Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- g) Aparición de calcificaciones alrededor de la fractura, que pueden limitar la movilidad y requerir otra intervención para extirparlas.
- h) 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).
- i) Puede ser necesaria una segunda operación para extraer el material colocado en la primera, una vez que ha cumplido su misión.
- j) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones tales 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; alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental); hipotensión arterial, al realizar la fijación del implante de la cadera, que puede provocar una parada cardiorrespiratoria; fallo renal por compresión de la pierna contraria; consolidación en mala posición, rotación, alargamiento o acortamiento de la extremidad; penetración de clavos o tornillos en la articulación; desgaste del hueso que está por encima de la prótesis y luxación de la misma; reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado o irrigación insuficiente de la piel de la zona lesionada (necrosis cutánea), que conlleva la necesidad de extirparla.

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 o la colocación de una tracción, hasta que pegue la fractura.

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 y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de 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 necesidad de dar ninguna explicación, 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.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURA EXTRAARTICULAR DE:**

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

Fdo. DR. ROMERO FERNÁNDEZ

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

TESTIGO

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

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el **Dr. Javier Romero Fernández.**

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta 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 comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURA EXTRAARTICULAR DE:**

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

Fdo. DR. ROMERO FERNÁNDEZ

Fdo. EL/LA TESTIGO





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.

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 le informamos que la información que nos facilita será utilizada por JAVIER ROMERO FERNANDEZ, con dirección en C/ SAN JOSE, 7, 1ª PLANTA, 11003, CADIZ, con el fin de prestarles el servicio solicitado, así como la gestión administrativa y contable. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos, así como cualesquiera derechos reconocidos en el RGPD 2016/679.

