



## CONSENTIMIENTO INFORMADO FRACTURA LATERAL DE CADERA

Fecha de ingreso

Yo, ....., DNI ..... autorizo al Dr.  
..... y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a  
efectuar en mi persona los siguientes procedimientos: .....

La intervención, denominada reducción y osteosíntesis de fractura trocantérica del fémur, consiste en el acomodamiento de los fragmentos óseos de la fractura. Deberá colocarse un implante metálico con el objetivo de mantener la reducción lograda. Existen diferentes modelos de implantes y se elegirá el más conveniente para el paciente y para el tipo de fractura. Con este procedimiento se intenta:

- Restablecer la función primitiva de la cadera que tenía antes de la caída.
- Disminuir los riesgos que conlleva en las personas de edad la permanencia prolongada en cama.

Para reducir la incidencia de trombosis venosa se le administrará la medicación necesaria. Luego de la intervención sufrirá dolor en la zona de la herida quirúrgica, que puede prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuo. Como alternativa al tratamiento indicado puede prescribirse reposo en cama, aunque este requiere de al menos tres meses de inmovilización, por lo cual no es aconsejable en pacientes de edad avanzada por las complicaciones que el reposo genera.

Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente lleva implícitas una serie de posibles 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.
- Infección a nivel de la herida operatoria que en casos extremos puede ocasionar sepsis y muerte. El tratamiento de esta complicación puede requerir el retiro del implante utilizado y prescripción de antibióticos por vía oral o endovenosa.
- Hemorragia masiva de un gran vaso que en algunos casos puede provocar la amputación del miembro o la muerte y que se puede presentar durante o después de la intervención.
- Lesión o afectación de un nervio que ocasione lesiones sensitivas y/o motoras. Esto puede generar parálisis o trastornos de la sensibilidad permanentes que generan severas discapacidades.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención. Aflojamiento o rechazo del material implantado. Flebitis o Tromboflebitis que pueden ocasionar en el peor de los casos embolismo pulmonar y muerte. Calcificaciones periarticulares. Acortamiento o rotación del miembro operado alargamientos. Falta de consolidación de la fractura. Rotura del implante metálico.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....

.....  
.....  
.....



SANATORIO OTAMENDI  
MIROLI S.A.

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa: .....

\_\_\_\_\_  
Firma del acompañante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

#### REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, ..... revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

Firma y sello del Médico