



SANATORIO
OTAMENDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO FRACTURA DE MUÑECA

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 consiste en la corrección de los desplazamientos de los fragmentos óseos del extremo distal del radio originados en la fractura. Una vez acomodados los fragmentos óseos y con el objetivo de mantenerlos en una posición adecuada se efectúa la colocación de una placa, clavijas o un tutor externo, y en los dos primeros casos, en forma habitual se confecciona un yeso que se extiende desde el brazo hasta la mano. Con este procedimiento se intenta mejorar la deformidad de la muñeca provocada por la fractura inestable y de esta manera aliviar los dolores secundarios a esta alteración. La técnica quirúrgica precisa habitualmente de anestesia local, regional o general. El servicio de anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cuál es la más adecuada. Luego de la intervención sufrirá dolor en la zona de la herida debido a la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuos.

RIESGOS HABITUALES

En dicha intervención es POSIBLE que se produzcan entre otras las siguientes complicaciones o efectos secundarios.

- Infección de la herida quirúrgica.
- Lesión o afectación de un tronco nervioso o rama nerviosa que transcurre a nivel de la muñeca con las molestias y síntomas derivados de la pérdida de inervación de ese nervio dañado. Esto puede generar trastornos de la sensibilidad o de la movilidad de la mano que pueden ser permanentes.
- Flebitis o tromboflebitis con la consiguiente complicación embólica y posible muerte del paciente.
- Alteraciones distróficas o metabólicas óseas como son la Enfermedad de Südeck que supone alteración funcional del miembro.
- Lesiones vasculo-nerviosas secuentes a la utilización del manguito de isquemia en caso de usarse.
- Aparición de una cicatriz retráctil o queloide en esa zona después de la intervención.

Caso de hacerse a cielo abierto.

- Pérdida de movilidad o deformidad en la muñeca por no conseguirse una reducción o estabilización anatómica por el mal estado de los huesos, osteoporosis o bien por el estallido articular.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS: La fractura de los metacarpianos podrían tratarse con reposo o bien inmovilizándola con un yeso con los riesgos de que no consolidara, lo hiciera en mala posición o que degenerara en una artrosis.



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

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