



SANATORIO
OTAMENDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO FRACTURA DE TOBILLO

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 finalidad del tratamiento quirúrgico de la fractura de tobillo es la restauración, en la medida de lo posible, de la forma normal de los huesos con la fijación de las fracturas mediante placas, tornillos, clavos, varillas metálicas o fijadores externos, en la fijación de los huesos que integran la articulación (con la consiguiente posible pérdida de movilidad). La intervención quirúrgica requiere de anestesia regional, raquídea o General. La decisión de la técnica más adecuada será evaluada por el servicio de anestesiología tomando en consideración el tipo de lesión y su situación clínica particular. De manera regular se aplican medicamentos para la prevención de trombosis o infección. Dependiendo del tipo de lesión puede necesitar transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de las mismas. Es probable que presente molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante unos días o hacerse continuas. En ocasiones es necesaria la colocación de algún tipo de inmovilización durante un cierto periodo de tiempo. También puede precisar reposo en cama algún día y deberá caminar sin apoyar la pierna de la articulación intervenida. Recibirá instrucciones sobre los movimientos a realizar o evitar y como utilizar los bastones en el caso de que los 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. Puede ser necesaria una segunda operación para extraer el material metálico colocado, una vez que ha cumplido su misión.

RIESGOS HABITUALES

Las complicaciones del tratamiento de la fractura o fractura-luxación o del tobillo son:

- Lesión de vasos de la extremidad que podrían desencadenar una hemorragia y hasta la amputación del miembro o la muerte.
- Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva y generar una severa discapacidad.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna que en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Restricción del movimiento (rigidez articular)
- Daño de las superficies de deslizamiento de los huesos (cartílagos ubicados en ambos extremos de estos huesos) que puede condicionar una futura artrosis. Esta complicación puede requerir de cirugías adicionales como la artrodesis (fijación de las articulaciones tarso-metatarsianas o metatarso-falángicas).
- Infección que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención y podría requerir limpiezas reiteradas de la articulación, antibióticos por vía oral o endovenosa, retiro de los implantes metálicos, etc...
- Daño en la irrigación sanguínea del hueso que se ha salido del sitio y aparición de una zona de hueso muerto que condicionarán una futura artrosis (necrosis vascular).
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa); inflamación importante desde la zona de la operación hacia el extremo de la extremidad, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental);
- Consolidación en mala posición que podría requerir cirugías adicionales por dolor en planta del pie.
- Producción de una fractura a un nivel no deseado.
- Arrancamiento ligamentoso o tendinoso;
- Penetración de clavos o tornillos en la articulación.
- Pérdida de fijación de la fractura (puede necesitar la colocación de otro implante metálico, añadiendo o no hueso de otra parte)



- Retardo o ausencia de consolidación ósea que podría requerir de otras cirugías.
- Reacción alérgica.
- Toxicidad debida al material implantado;
- Irrigación insuficiente de la piel de la zona lesionada (necrosis cutánea) que conlleva la necesidad de extirparla.

En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimientos, ampollas, etc.).

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.

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



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

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