

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO FRACTURA INESTABLE DE PELVIS (TILE B-C) ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:

NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El doctor/a me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO de la fractura inestable de pelvis para controlar el estado hemodinámico, por el alto riesgo de sangrado y por tanto para salvar la vida.

1. (TILE B) que en cuyo procedimiento incluye la reducción y estabilización pélvica con fijador externo Hoffmann II + Reposo en cama, posteriormente se podrá sentar en silla, manteniendo la descarga de la hemipelvis afectada.

2. (TILE C) que en cuyo procedimiento incluye la reducción y estabilización pélvica con fijador externo Hoffmann II + Reposo en cama, posteriormente se podrá sentar en silla, manteniendo la descarga de la hemipelvis afectada, ó bien

3. Reducción y estabilización del anillo anterior con fijador externo Hoffmann II, más reducción y estabilización del anillo posterior con fijación interna, con tornillos sacroiliacos ó con bulones trans-iliacos, ó bien

4. Reducción y estabilización del anillo anterior y posterior con osteosíntesis interna (placas, tornillos, bulones), para conseguir una buena reducción y estabilización del anillo pélvico, para iniciar precozmente la movilización del paciente, evitando secuelas tan importantes y graves como las de las pseudoartrosis de las sacroiliacas.

5. La intervención precisa de anestesia que será valorada por el servicio de anestesiología, indicando el método mas adecuado en su caso. Siempre requiere ingreso hospitalario y tratamiento por diferentes Especialidades Médico Quirúrgicas, según las lesiones que presente, hasta que el paciente esté hemodinámicamente estable. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito principal consiste:

1. En conseguir la estabilidad hemodinámica (control de la hemorragia) con la estabilización pélvica.
2. La reducción y consolidación del hueso pélvico fracturado.
3. Minimización de las secuelas, y consecuentemente mejorar la calidad de vida para el paciente.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

El doctor/a me ha informado de que las posibles alternativas son:

1. La no realización de la intervención quirúrgica.
2. Continuar con tratamiento médico y ortopédico.
3. Continuar con tratamiento de fisioterapia, magnetoterapia, etc. sin predecir cual será su resultado final.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La consecución de la estabilidad pélvica y del control hemorrágico, la consolidación de la fractura y la minimización de las grandes secuelas, con la consiguiente mejoría del estado clínico y de la capacidad para realizar las tareas habituales de la vida.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

No control de la estabilidad pélvica, hemorragia, Shock hemorrágico, fallecimiento.

RIESGOS FRECUENTES

1. Infección de la herida quirúrgica.
2. Lesión vascular (hematoma).
3. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar temporalmente o definitivamente trastornos sensitivos o motores.
4. Rotura o estallido del hueso, que se manipula durante la intervención.
5. Rigidez o limitación funcional articular.
6. Dolor residual, distrofia simpático refleja ó distrofia de Südeck.
7. Acortamiento o alargamiento de los miembros inferiores o defectos de rotación de la pelvis.
8. Transfusión de sangre.
9. Muerte perioperatoria, alcanzando una incidencia en el grupo C de 1 caso de cada 3.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Síndrome compartimental.
2. Embolia grasa.
3. Flebitis, tromboflebitis o trombosis venosas profundas que pudiera dar lugar a la enfermedad tromboembólica, con embolismo pulmonar y muerte.
4. Osteomielitis crónica.
5. Aflojamiento o rotura del material implantado.
6. Fracaso de la consolidación ósea, que puede requerir intervenciones adicionales.
7. Necrosis cutánea, que requiera de cobertura cutánea, por el Servicio de Cirugía Plástica.
8. Embolia séptica. Septicemia. Fracaso multiorgánico y fallecimiento.
9. Hemorragia. Coagulopatía de consumo (CID). Shock hemorrágico y fallecimiento.
10. Retardo de consolidación, consolidación parcial, pseudoartrosis.
11. Distocias de causa pélvica.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implicadas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Por mi situación actual el médico me ha explicado que por presentar..... pueden aumentar riesgos o complicaciones como:.....

CONTRAINDICACIONES

1. Alteraciones graves del estado general del paciente.
2. Edad avanzada.

PACIENTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/Dª			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA