

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA**

### **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:

<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

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

<b>NOMBRE APELLIDOS</b> (Paciente)	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

#### **IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

El doctor/a me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO de la falta de consolidación de la fractura.....qué tras un periodo prolongado de tratamiento no se ha conseguido la reparación ósea, y que en cuyo procedimiento incluye:

1. Retirada de material de osteosíntesis y la limpieza del foco (eliminación de la fibrosis).
2. La cruentación de los extremos óseos (retirada de tejidos desvitalizados y reactivación).
3. Reducción y estabilización del foco, mediante dispositivos internos (placas, tornillos, clavos, agujas, cerclajes de alambres, arpones).
4. Aporte de injerto óseo (hueso autólogo-cresta iliaca o hueso homólogo-banco de huesos).
5. Aporte de los factores de crecimiento plaquetarios (GPF).

La intervención precisa de anestesia que será valorada por el servicio de anestesiología, indicando el método mas adecuado en su caso. En la mayoría de los casos se precisará colocar un manguito de isquemia en el miembro, para trabajar sin sangre durante la operación. Habitualmente requiere un ingreso hospitalario de 24-48h en función de la técnica y tiempo empleado durante la cirugía. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. En ocasiones se colocará algún tipo de inmovilización o escayola durante un cierto periodo de tiempo, para pasar al cabo de algunas semanas al periodo de recuperación, es decir, la realización de ejercicios para volver a buscar la normal movilidad de la zona lesionada.

#### **OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

El propósito principal consiste en conseguir la consolidación del hueso fracturado para obtener un alivio del dolor, de la deformidad 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 consolidación de la fractura, con la consiguiente mejoría del dolor y de la capacidad para realizar las tareas habituales de la vida.

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

Persistencia del dolor, deformidad, atrofia muscular, artrosis articular y artrosis de las articulaciones vecinas, por transferencia de carga no adecuada en dichas articulaciones.

#### **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. Rigididad o limitación funcional articular.
6. Dolor residual, distrofia simpático refleja ó distrofia de Sudeck.
7. Acortamiento o defectos de rotación del miembro intervenido.
8. Transfusión de sangre.

**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. Complicaciones en la zona dadora del injerto óseo, tales como lesiones vasculares, nerviosas, hematomas, infecciones y fracturas óseas.
8. Necrosis cutánea, que requiera de cobertura cutánea, por el Servicio de Cirugía Plástica.

**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.
3. Mala calidad cutánea, vascular.
4. Osteomielitis crónica a nivel del foco.

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b> _____ <b>DNI</b> _____ <b>FIRMA</b> _____ <b>FECHA</b> _____			
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b> _____	<b>DNI</b> _____	<b>FIRMA</b> _____	<b>FECHA</b> _____
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> 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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b> _____	<b>DNI</b> _____	<b>FIRMA</b> _____	<b>FECHA</b> _____

**C. INFORMADO DE PSEUDOARTROSIS ASÉPTICA**

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página 2 de 2