

OSTEOSINTESIS DE FRACTURAS DIAFISARIAS
(Húmero, antebrazo, fémur, tibia, metatars(carp)ianos)

El propósito principal de la intervención consiste en reparar las lesiones producidas por el traumatismo.

La intervención consiste en la colocación de dispositivos de sujeción de la fractura, que suelen ser mecánicos, como tornillos, agujas, clavos, placas, fijadores externos, etc. Generalmente se colocará algún tipo de inmovilización como vendaje 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. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, ...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de la intervención quirúrgica para OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE.....pueden ser:

- Infección de la herida operatoria. Infección ósea profunda.
- Lesión vascular o hemorragia, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar y/o embolismo graso.
- Lesión de los nervios adyacentes.
- Síndrome compartimental.
- Necrosis cutánea
- Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención, pseudoartrosis, consolidación en mala posición, aflojamiento del material implantado, acortamiento del miembro y/o mala rotación del mismo, retardo en la consolidación, que puede llegar hasta la necesidad de varias intervenciones.
- Pérdida de movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada y pérdida de fuerza de los músculos del área, cuya recuperación depende de la realización correcta y continua de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.

Es posible que al año de la intervención sea precisa una segunda operación para extraer el material colocado en la primera.

Si usted, o algún familiar desea mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

.....
.....

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSENTO** que se me realice

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSENTO** que se realice al paciente la.....

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a procedimiento de.....

En a de..... de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE