

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## FRACTURA DE MUÑECA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

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, si se sospecha lesión ligamentaria se realizará Artroscopia de muñeca para confirmar el diagnóstico y reparación de los mismos 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.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Como alternativa al tratamiento indicado se podrá realizar una reducción o acomodamiento de los fragmentos óseos a cielo cerrado, es decir, sin cirugía y con la posterior realización de un yeso, aunque de esta manera es probable que no se logre una satisfactoria corrección de la deformidad, y de conseguirse es más factible la pérdida de la misma, con la consiguiente secuela de movilidad y/o dolor.-

### RIESGOS FRECUENTES

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 como consecuencia de la utilización del manguito de isquemia (si fuera necesario su uso). -Aparición de una cicatriz retráctil o queloide en esa zona después de la intervención.( si se hiciera 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, lo que indefectiblemente le dejará secuelas de distinto grado de la movilidad de la articulación que pueden requerir otros procedimientos para su mejoramiento.

### RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## FRACTURA DE MUÑECA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE FRACTURA DE MUÑECA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **CIRUGÍA DE FRACTURA DE MUÑECA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO ..... FIRMA Y SELLO MÉDICO