

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CIERRE DE ESTOMA POR CIRUGIA ABIERTA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO 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.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	Fractura diafisaria es aquella que compromete el segmento medio de los huesos largos, llamado diafisis. Tratamiento ortopédico de las fracturas es aquel procedimiento que prescinde de cirugía sobre el hueso. Las fracturas pueden ser: simples o complejas, abiertas o cerradas, desplazadas o no desplazadas. Todo tratamiento ortopédico implicará la alineación del hueso y el mantenimiento de esta situación el tiempo necesario para permitir que se produzca la curación de la lesión mediante la formación de callo óseo. La intervención consiste en la reducción de los fragmentos (alineación de la fractura) e inmovilización mediante un vendaje enyesado, férula plástica o una tracción continua hasta la solidificación de la fractura.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	Curar la fractura sin exponerla a un acto quirúrgico de apertura de la misma o la utilización de material interno de fijación.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	La principal alternativa es el tratamiento quirúrgico, donde se utilizarán material de fijación interna para la reducción de la fractura.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	La consolidación de la fractura precisará varias semanas o meses, dependiendo de la gravedad de la lesión y del cumplimiento de las indicaciones que le dé su médico. Variaciones en los ajustes de los vendajes o tracciones aplicadas, pueden requerir el cambio o la variación en el tratamiento aplicado. Puede ser necesario repetir el procedimiento, con aplicación de anestesia. Durante la fase de inmovilización se produce una falta de uso de los músculos implicados en el movimiento de las articulaciones afectadas durante un período largo de tiempo, por lo que existirá una atrofia muscular importante que se observará al retirar el yeso. Esto junto a la rigidez articular provocará una limitación funcional de diferente severidad según el tiempo de aplicación del mismo. Se precisará a continuación una atención de rehabilitación continuada hasta la recuperación de los músculos y la articulación afectada.
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Complicaciones cutáneas, como flictenas, ampollas, sequedad y atrofia Trastornos de la circulación venosa periférica, como edemas posicionales, trastornos tróficos, linfedema Alteraciones en la movilidad de las articulaciones Disminución de la fuerza de los músculos del área por atrofia A largo plazo, trastornos degenerativos de las articulaciones Diferencia de la longitud del miembro por acortamiento del foco de fractura
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Lesión vascular, lesión nerviosa, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar, consolidación en mala posición, distrofia simpática refleja, síndrome compartimental, infecciones, pseudoartrosis
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	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 CIRUGIA.....

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 LAPAROSCÓPICA**

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 LAPAROSCÓPICA**

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