

**CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍAS DE FRACTURAS ARTICULARES (OSTEOSÍNTESIS)**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, autorizo al **Dr./a.....**....., y a su equipo quirúrgico, a realizar una cirugía conocida como....., que se realizará en .....
2. Se me ha explicado que una fractura es la pérdida de la continuidad en la estructura normal del hueso que se acompaña de lesiones, más o menos importantes, de las partes blandas de la vecindad del hueso, músculos, vasos y nervios. La fractura articular es aquella en las que están comprometidas las carillas articulares.
3. Asimismo se me ha especificado que el propósito principal de la cirugía es el restablecimiento de la función y anatomía de la articulación, en la medida de lo posible, y en la disminución de los riesgos de rigidez articular consecutivas a este tipo de fracturas. La intervención quirúrgica consiste en la restauración de la anatomía normal de la articulación, en la fijación de la fractura mediante placas, tornillos y elementos metálicos y, en ocasiones, en la sustitución de la articulación.
4. Se me han explicitado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - 4.1. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
  - 4.2. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervención quirúrgica son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes a modo de ejemplo: Infección a nivel de la herida operatoria que puede llegar a afectar al tejido óseo, Hematoma (colección de sangre), lesiones vasculares o nerviosas que pueden ocasionar trastornos sensitivos y/o motores, rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención, aflojamiento del material implantado, flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el más grave de los casos, a embolismo pulmonar, rigidez articular, calcificaciones en los tejidos que rodean la articulación o la prótesis (osteosíntesis) insertada con limitación de su movilidad, necrosis cutánea, acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado, cicatrización anormal (cicatrización queloide o hipertrófica), síndrome de Sudeck.
  - 4.3. En algunos casos puede ser necesario el retiro del material de osteosíntesis, por haber cumplido su objetivo o por intolerancia al material (rechazo).
  - 4.4. Se me ha aclarado que las complicaciones o efectos adversos habitualmente se resuelven con tratamiento no quirúrgico (medicamentos, hidratación, etc.), ortopédico y/o rehabilitador, pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.
5. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésico, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento

quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

8. Se me han explicado los riesgos y consecuencias de no acceder a la cirugía, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer alguna de las complicaciones propias de la patología, como ser: consolidación viciosa, artrosis de la articulación afectada, acortamiento del miembro, rigidez articular, entre otras.
9. Se me ha informado que el tratamiento alternativo al procedimiento que se me propone es la reducción e inmovilización mediante escayola u ortesis como tratamiento conservador, o en los casos en los que exista contraindicación quirúrgica, aunque se me ha advertido que el resultado será menos satisfactorio y/o no es el tratamiento más adecuado frente a las características y entidad de la lesión que padezco.
10. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
11. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-----
12. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:-----
13. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
14. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
15. He leído este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....