

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN FRACTURA Y PSEUDO ARTROSIS DE CLAVÍCULA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que mediante este procedimiento se pretende recuperar la forma y longitud de la clavícula a través de la solidarización y estabilización de los fragmentos óseos con la ayuda de una osteosíntesis.
- En estos casos se debe apoyar la estabilización con un injerto tricortical, habitualmente tomado de la cresta ilíaca contralateral.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que la intervención quirúrgica se realiza con el paciente ligeramente semisentado.
- Se efectúa una incisión a lo largo de la clavícula afectada, para luego cuidadosamente solidarizar los fragmentos óseos y estabilizarlos con un implante metálico (placa y tornillos). Preferentemente placa LCP.
- Cuando se ha intentado un tratamiento conservador que fracasa en el tiempo, los fragmentos de fractura no se unen y se produce una pseudoartrosis, en cuyo caso se regularizan los bordes óseos y se coloca un injerto tricortical de cresta ilíaca para recuperar la forma y longitud de la clavícula, además facilitar la unión.
- Existe la posibilidad de absorción del injerto y que se requiera una nueva cirugía
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- El médico me ha explicado que la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura o de la pseudoartrosis de clavícula y que las alternativas son:
- Manejo conservador

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, que pueden ser: 1. Infección superficial o profunda de la herida operatoria
- 2. Aflojamiento del implante (osteosíntesis). 3. Hematoma. 4. Lesión neurológica o vascular de los elementos bajo la clavícula (subclavías). 5. Dolor residual. 6. Rigidez parcial de hombro. 7. Cicatriz hipertrofica (queloide)
- El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha