

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCLAVADO ENDOMEDULAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE.

El procedimiento consiste en introducir un clavo metálico, o de fibra de carbono, por la cavidad medular (interior) del hueso enfermo a través de una guía de enclavado.

Para ello se hace un corte en la piel y en el músculo hasta llegar al hueso. Este es perforado hasta llegar a la cavidad medular y a través de una guía se mete el clavo en la cavidad. Para sujetarlo se usan dispositivos especiales adaptados al clavo. En el caso de haber fractura, antes de introducir el clavo se hace una reducción y se alinean los fragmentos de hueso dañado usando una tracción esquelética.

Es posible que durante la cirugía haya que cambiar el procedimiento previsto al inicio.

La finalidad del procedimiento es evitar una fractura o, si ya se hubiese producido, estabilizarla y facilitar la consolidación del hueso. Así se mejorar su funcionalidad y la calidad de vida del paciente. En algunos casos la finalidad de la técnica es paliativo (sólo aliviar los síntomas).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la técnica son:

- Lesión vascular.
- Lesión de algún nervio, que puede producir disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esto puede ser temporal o definitivo.
- Que se afloje, se rompa o penetre en la articulación parte del material implantado o usado en la cirugía.
- Rigidez de articulaciones vecinas.
- Fractura o estallido del hueso que se manipula.
- Amputación.
- Algodistrofia simpático refleja (dolor intenso y cambios de color en la piel).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión alrededor de los músculos).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y de forma ocasional riesgo de muerte).
- Sangrado durante la cirugía o tras ella. A veces puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección que puede afectar al hueso.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento sintomático.
- Radioterapia.
- Otro sistema de fijación.

AUTORIZACIÓN PARA "ENCLAVADO ENDOMEDULAR"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Firma del representante legal: | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº: |

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: