

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FÉMUR

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

### PACIENTE

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

con domicilio en \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

### DECLARO

Que el Dr./Dra. \_\_\_\_\_

N° de Colegiado \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FEMUR**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

#### 1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

1. El propósito principal de la intervención es restablecer, en lo posible, la anatomía y función del fémur proximal y de la cadera, con objeto de controlar el dolor, conseguir la consolidación ósea y permitir la recuperación funcional de la extremidad.

2. La intervención puede precisar anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

3. La intervención consiste en la reducción quirúrgica de la fractura y su estabilización mediante dispositivos metálicos.

4. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE FÉMUR PROXIMAL pueden ser:

- Infeción de la herida quirúrgica.
- Lesión vascular.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos o motores.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- Aflojamiento o rotura del material implantado.
- Flebitis o tromboflebitis que podrían provocar embolismo pulmonar y muerte.
- Embolia grasa.
- Rigidez o limitación funcional articular.

- i) Retraso o fracaso de la consolidación ósea que pudiera requerir nuevas intervenciones.
- j) Dolor residual.
- k) Necrosis cutáneas.
- l) Acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro intervenido.
- m) Complicaciones del estado general como consecuencia de la edad que pueden originar incluso la muerte.

**6. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo para descargar la articulación afecta. Dicho tratamiento impide la movilidad temprana del paciente con un importante riesgo vital.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....

.....

.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FEMUR:**

.....

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

## TESTIGO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI N° \_\_\_\_\_ declaro bajo mi responsabilidad que el paciente Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente) ha recibido la hoja de información que le ha entregado el Dr./Dra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FEMUR:**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

**REVOCO** el Consentimiento prestado en fecha: \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO