

AGRADECIMIENTOS

Al servicio de Movilidad de mi Universidad, por apoyarme durante mi estancia en Alemania donde realicé parte de la investigación de este estudio.

Al servicio de traumatología de Alemania, que me brindó en todo momento su apoyo durante mi estancia.

A mis directores, Arturo Gómez y Antonio Ramos, por no dudar en prestarme su colaboración desde el primer momento.

A mi familia, mi padre y mis tías, por apoyarme día a día para progresar en mi carrera profesional.

A Ángel Navas por ayudarme a darle forma a todo esto para que fuera lo más práctico y entendible.

Y a todas aquellas personas que me han acompañado durante este tiempo y que de alguna forma u otra han colaborado para que este documento hoy día sea una realidad y que resume cinco años de trabajo, de experiencias y de resultados que están en mi currículum no sólo de papel sino en el de la experiencia de la vida.

RESUMEN

El desarrollo de intervenciones médicas y quirúrgicas en muchas ocasiones, incluso urgentes, supone frecuentemente ser un riesgo para la integridad o la vida de los pacientes e incluso también para el propio profesional médico.

Respecto al riesgo que parece inherente del propio profesional no sólo por el hecho de ser agredido por el propio paciente o sufrir un accidente casual sino del riesgo de estar ante un comité hospitalario, una sociedad médica profesional, o incluso un tribunal explicando y demostrando que era la mejor forma en la que podíamos haber actuado evitándonos el poder estar inmerso en condenas por determinadas circunstancias.

Sin llegar a parecer algo caótico existen razones, más que suficientes para hacer un estudio y revisión en profundidad del único documento que legalmente pueda quizás hacer constar que pese a la buena praxis que hayamos realizado pueda hacer que la responsabilidad del riesgo al que se somete un paciente sea asumida por él mismo siendo consciente y estando informado de los procedimientos clínicos a los que se va a someter cuando se somete a un procedimiento médico o quirúrgico a cargo de la especialidad donde habitualmente se ven mayormente casos traumáticos como lo es la traumatología y cirugía ortopédica.

Por otra parte llegamos proponer incluso un modelo de consentimiento para cada procedimiento en el que esté detallado sus beneficios y sus riesgos, y sea entendible para todos los pacientes, independiente de su nacionalidad y su nivel cultural.

Para lo cual hemos analizado los consentimientos informados españoles del área de traumatología y los consentimientos informados alemanes del área de ortopedia y cirugía traumatólogica, observando qué epígrafes tienen especial relevancia para la correcta información del paciente y establecer las características que son comunes y en los que difiere cada consentimiento y finalmente poder hacer una propuesta de modelo de consentimiento informado a nivel de Europa reproducible en cualquiera de los idiomas oficiales para cada procedimiento estableciendo un modelo estandarizado de dicha especialidad.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Durchführung medizinischer und chirurgischer Eingriffe, Notoperationen eingeschlossen, können manchmal ein Risiko für die Integrität oder das Leben des Patienten darstellen, wie auch den ausführenden Arzt betreffen.

Hinsichtlich des Risikos, welches für den ausführenden Arzt zu bestehen scheint: u.a. vom Patienten verletzt zu werden oder einen zufälligen Unfall zu erfahren, als auch das Risiko sich vor dem Krankenhauskomitee zu befinden, der professionellen Ärzteschaft oder sogar vor einem Ausschuss, um zu erklären und zu beweisen, dass wir in der besten Art und Weise handelten, um der Auferlegung von Strafen, die uns aus unterschiedlichsten Gründen drohen, zu umgehen.

Ohne den Eindruck von Chaos zu vermitteln, gibt es aber doch genug Gründe, eine Studie und Überarbeitung des einzigen, uns möglicherweise rechtlich absichernden, Dokumentes vorzunehmen, dass Risikoverantwortung, trotz des von uns ordnungsgemäss ausgeführten Eingriffs welchem sich der Patient unterzieht, beim Letzten liegt und er sich dessen bewusst wird und informiert fühlt, über die klinischen Abläufe während eines ärztlichen oder chirurgischen Eingriffs, hier der Fall der Fachrichtung Traumatologie und orthopädischen Traumatologie, wo die meisten traumatologischen Fälle auftreten.

Wir möchten ein Formblatt für Einverständniserklärungen vorschlagen, welches je nach Eingriff genauestens erklärt, wo die jeweiligen Vorteile liegen und Risiken bestehen, welches vom Patienten einfach zu verstehen ist, unabhängig von dessen Nationalität oder Bildungsstand.

Hierzu haben wir Einverständniserklärungen in der spanischen Sprache aus dem Bereich Traumatologie sowie Einverständniserklärungen aus dem deutschen Sprachraum für Orthopädie und Unfallchirurgie analysiert, unter Betracht der wichtigsten Abschnitte, relevant für eine sachgemässe Information des Patienten. Wir haben Gemeinsamkeiten und Unterschiede der einzelnen Erklärungen herausgestellt, mit dem Ziel, ein Einverständnisformblatt für den europäischen Raum vorzuschlagen, welches in jeder offiziellen Sprache verfügbar sein sollte, für alle Verfahren/Eingriffe, in Form eines Standardformblattes pro Fachgebiet.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Página 7
LA ACTIVIDAD MÉDICA	
I.- EL MÉDICO	Página 10
II.- LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	Página 14
1º. Razones que justifican la abstención de las normas jurídicas en la relación médico-paciente	Página 15
2º. Razones que justifican la regulación jurídica de la relación entre médico y paciente	Página 17
3º. Regulación de la actividad médica	Página 20
EL PRINCIPIO DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE	
I.- MODELOS ÉTICOS DE LA ACTUACIÓN MÉDICA	Página 28
1º. Modelo de Beneficencia	Página 28
2º. Modelo de Justicia	Página 30
3º. Modelo de No Maleficencia	Página 30
II.- CONCEPTO DEL PRINCIPIO DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE	Página 31
III.- FUNDAMENTO ÉTICO DE PRINCIPIO DE AUTONOMÍA	Página 32
IV.- FUNDAMENTO JURÍDICO DE PRINCIPIO DE AUTONOMÍA	Página 35
1º. Libertad y Principio de Autonomía	Página 36
2º. El Principio de Autonomía en relación con el Derecho a la Vida, a la Salud y a la Integridad Física y Moral	Página 38
3º. El Derecho a la Vida según la doctrina del Tribunal Constitucional	Página 41
4º. La autodeterminación como elemento de la dignidad de la persona	Página 44
EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	
I.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 47
II.- LA SITUACIÓN EN ESPAÑA	Página 51
1º. La etapa anterior a la Ley General de Sanidad de 1986	Página 51
2º. La etapa posterior a la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986	Página 53

III.- EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO EXPRESIÓN DE LA AUTONOMÍA	Página 54
IV.- CONCEPTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 55
1º. La Legislación Estatal	Página 57
2º. La Legislación Autonómica	Página 58
V.- PRESUPUESTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 61
1º. Capacidad	Página 61
2º. Sujetos	Página 64
3º. Contenido de la información asistencial	Página 71
4º. La información asistencial y la información terapéutica	Página 71
5º. El objeto del consentimiento	Página 72
6º. Forma	Página 74
7º. Momento en el que ha de prestarse el consentimiento	Página 74
8º. Límites al consentimiento informado	Página 75
9º. Responsabilidad por la falta de información y del consentimiento	Página 75
MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA	
Sociedad alemana de la especialidad de ortopedia y cirugía traumatológica	Página 79
Sociedad española de la especialidad de cirugía ortopédica y traumatológica	Página 205
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Página 305
Propuesta de modelo de consentimiento informado a nivel europeo en el área de traumatología y cirugía ortopédica	Página 313
BIBLIOGRAFÍA	Página 341
ANEXO	Página 345

INTRODUCCIÓN

Mientras me encontraba inmerso en la elaboración de este trabajo, pensando en la mejor manera de presentar la introducción al mismo, cayó en mis manos un reportaje periodístico publicado en el periódico de La Provincia Diario de Las Palmas el día lunes, 22 de Agosto de dos mil cinco y elaborado por la periodista Marisol Ayala en el cual se expresa, de mejor manera de que lo podría hacer yo, la actualidad y el interés que suscita el objeto del presente trabajo de investigación, la regulación de la actividad médica, principio de autonomía y sus consecuencias jurídicas entre otros. Por lo que, con el permiso del lector, apoyaré la introducción en dicho reportaje.

Durante año 2004, 62 médicos de la provincia de Las Palmas y 12 de Tenerife fueron denunciados por pacientes descontentos con los resultados en su atención sanitaria, una cifra que según el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas, suponen un “vertiginoso aumento” de reclamaciones, circunstancia que en todos los casos “amenaza con quebrar el prestigio profesional” de los facultativos.

Una de las primeras cuestiones que se plantean ante esta noticia es ¿Cómo es que en dos provincias tan similares socialmente y de la misma Comunidad Autónoma, como es el caso de Las Palmas y Tenerife, exista una diferencia tan abismal en el número de reclamaciones médicas? Los médicos de la provincia de Las Palmas tienen cuatro veces más denuncias que los de Tenerife.

Las especialidades más denunciadas fueron en el campo de la medicina voluntaria, la cirugía plástica y reparadora, y en medicina no voluntaria la traumatología, cirugía maxilofacial y ginecología y obstetricia, y a más distancia la anestesiología y la reanimación.

Según un trabajo elaborado por el gabinete de comunicación del Colegio de Médicos de Las Palmas, el aumento del número de denuncias en los últimos años ha obligado a los facultativos a realizar una “medicina defensiva”, la cual se traduce en someter a los pacientes a múltiples pruebas diagnósticas y consultas con otros especialistas, lo que genera un coste económico incalculable que podría ser destinado a otras necesidades sanitarias.

Uniteco, la correduría de seguros que da cobertura a 45.000 profesionales médicos españoles ante supuestos de responsabilidad civil derivadas de su actuación profesional, calcula que a lo largo de la vida profesional de un facultativo sufrirá una

media de entre cinco y seis reclamaciones, las mismas posibilidades que tiene un ciudadano de sufrir un accidente de tráfico.

Luis Montesdeoca, asesor jurídico de la organización médica colegial, dice que las setenta y cuatro denuncias tramitadas durante el dos mil cuatro en Canarias hay que observarlas desde el siguiente punto de vista, cito textualmente: *“Se ha producido un cambio en el concepto de la profesión médica por parte de la sociedad. El médico de antes era intuitivo, individualista y no se encontraba inserto en una organización sanitaria, pero tenía una enorme consideración y respeto. Ahora, un médico que está integrado en la organización hospitalaria, que posee mayor formación y especialidad recibe más denuncias”*.

Continúa puntualizando, el asesor jurídico del Colegio de Médicos, a *“que el aumento de las denuncias están vinculadas a las grandes expectativas con las que un paciente aborda una atención médica y cuando esa acción médica no es la que el paciente espera, se produce un impacto negativo que le lleva al cauce jurisdiccional”*

La Organización Colegial opina que la presencia de asociaciones de defensa del paciente y los medios de comunicación “animan” a los usuarios de los servicios sanitarios y pacientes a presentar reclamaciones y denuncias. El acto médico es una obligación de medios y actividad pero no de resultados, por lo que se desprende que el facultativo está obligado a facilitar la recuperación del paciente, no de curarle.

Según se recoge en el citado informe del Colegio de Médicos, el Fiscal del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, D. Guillermo García Panasco señaló: *“la gente ha tomado cada vez mayor conciencia de lo que son sus derechos cívicos y por eso acude a la vía judicial cuando entiende que un servicio no funciona”*.

Planteado el problema, lo que se pretende con este trabajo no es dar una solución al mismo, la cual creo que estará al final de un largo proceso de estudio, reflexión y consenso, sino de señalar, aunque sea de manera somera y de la manera más atractiva posible, el estado actual de la cuestión así como las distintas líneas de investigación en base a la legislación más reciente.

Para ello he dividido el trabajo en cinco partes diferenciadas.

Una primera parte dedicada a la Actividad Médica, la cual tiene como objetivo establecer el contexto donde tiene incidencia el principio de autodeterminación del paciente o usuario de los servicios sanitarios.

Una segunda parte, que lleva como título el principio de autodeterminación del paciente, en el que además de estudiar el fundamento tanto ético como jurídico del

mismo, se analiza brevemente otros modelos de actuación médica que de una u otra manera tienen una incidencia directa sobre el principio de autonomía, o bien estableciendo el contenido, o bien fijando sus límites.

La tercera parte versa sobre el Consentimiento Informado, entendido éste como manifestación del principio de autonomía. Estableciendo las características comunes que debe tener este tipo de documento, independientemente de la especialidad que se trate así como de la intervención médica o quirúrgica sobre la que verse.

La cuarta parte describe el estado actual de los modelos de consentimiento informado en el área de traumatología más habituales que se usan en Alemania así como en España y que están validados por las sociedades científicas más importantes de la cirugía ortopédica y traumatología.

Y por último una quinta parte que concluye en un modelo más estandarizado de la realización de los consentimientos ampliable a nivel de Europa, fácilmente entendible y traducible para el público en general sobre los epígrafes que debe tener los consentimientos informados de las intervenciones que se realizan en traumatología.

LA ACTIVIDAD MÉDICA

I.- EL MÉDICO

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define al médico como “*el que se halla legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina*”. A su vez la medicina se define como “*ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano*”.

Se puede decir que médico es aquella persona que en posesión del título que legalmente le habilita para el ejercicio personalizado de la medicina ofrece a sus congéneres la prestación de un servicio médico especializado de utilidad social.¹ Si bien, no se puede desconocer que el ejercicio de este “arte” es especialmente relevante por la forma en que incide en bienes básicos tales como la vida o la integridad física y mental de las personas.

Por lo cual, la habilitación legal del profesional se acredita con el título requerido además de hallarse incorporado al colegio profesional correspondiente.

La posesión del título está protegido penalmente, el artículo 403 del código penal vigente, señala: “*El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente, incurrirá en la pena de multa de seis a doce meses....Si el culpable además se atribuyese públicamente la cualidad de profesional amparada por el título referido, se le impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años*”

Por lo tanto, los requisitos para que se den este tipo penal son:

- a.- Ejercicio de actos propios de una profesión.
- b.- Carecer de título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente.

¹ El profesor Martínez –Calcerrada, siguiendo al Dr. Marañón, en la obra Derecho Médico General y Especial, vol. I, establece las diferencias entre profesión y oficio. “*Profesión hace referencia al magisterio de las ciencias y artes, en el entendido de ser actividades de un nivel superior, mientras que oficio es la profesión de algún arte mecánico en el sentido de actividades de contenido predominante mente físico y manual, y de ejercicio más o menos estandarizado*”, y le atribuye al médico el calificativo de profesional. Esta diferenciación entre oficio y profesión tiene repercusión constitucional en este sentido, sigue señalando el autor, el artículo 35 .1 Todos los españoles tiene el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo. 2 La ley regulará un Estatuto de los Trabajadores. El artículo 36 La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos.

Por título académico hay que entender título universitario (Doctores, Licenciados en Facultades, Escuelas Superiores y de grado medio, o equiparables, también las Diplomaturas).

En virtud del artículo 149.30 CE, corresponde al Estado la expedición y homologación de títulos académicos y profesionales.

La jurisprudencia ha establecido, de forma reiterada, que existe delito de intrusismo cuando se ejerce una profesión sanitaria superior, como la medicina, sin título habilitante. Exige además, que el culpable hubiera asumido la profesión con conocimiento de la ilegalidad de los actos practicados y con conciencia y voluntad de estar realizando una actuación irregular, pero sin requerir la habitualidad, por lo que basta con la realización de un acto médico para apreciar la existencia del delito. Por lo que sólo son posibles las conductas dolosas, pues el sujeto ha de tener conciencia de su actividad ilegal.

Sin embargo, excluye como delito las actuaciones ocasionales de amistad, complacencia y gratuita.

Por otro lado, el requisito de la colegiación, se establece en la Ley de Colegios Profesionales², pero no alcanza protección penal.

Mayores problemas plantean las llamadas medicinas alternativas con respecto a las que la jurisprudencia ha tratado de encontrar la línea divisoria con el ejercicio de la medicina. En concreto ha señalado lo siguiente: *“Cuando la acupuntura, y lo mismo podría aplicarse de la reflexoterapia y la revitalización se llevan a cabo por prescripción facultativa o bajo la égida de un médico, se trata de meras prácticas de ejecución que no requieren la posesión del título de licenciado en medicina, pero si el que ejecuta cualquiera de esas técnicas, antes de aplicarlas, practica exploraciones o reconocimientos médico, diagnóstica, pronóstica y decide una terapia determinada, está invadiendo las funciones reservadas para los profesionales de la medicina; y si concurren los demás requisitos estructurales del tipo, su comportamiento, con todo merecimiento se incluirá en el tipo de intrusismo.*

Paralelamente, el apartado séptimo del artículo diez de la Ley General de Sanidad 14/1986, el cual aún sigue vigente tras la promulgación de la Ley 41/2002, proclama: *“todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas*

² Dispone el artículo 36 CE *“La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas...”* Existe por tanto una remisión a la ley, en la actualidad dicha norma, es una ley preconstitucional concretamente la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales.

administraciones públicas sanitarias: A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.”

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de autonomía de los pacientes y de los derechos de información y documentación clínica* sigue el mismo criterio que la Ley General de Sanidad y define como médico responsable: *“el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”*

Este concepto legal de médico responsable se aplica tanto para el paciente como para el usuario de los servicios sanitarios.

La profesión médica a lo largo de la historia ha tenido diferentes configuraciones. En un principio se le atribuía un cierto carácter sacramental,³ que fue cediendo a una concepción familiar del ejercicio de la medicina.

Hoy día el auge de las ciencias técnicas y su inserción en el campo de la medicina ha generado una situación conflictiva *“automatismo versus familiaridad”* que ha transformado la relación médico- paciente⁴. En esta línea manifiesta el profesor Martínez-Calcerrada *“...la ingente mecanización de los instrumentos médicos es absolutamente necesario mantener el carácter personal de esta profesión (médica). Se aprecian en este sentido nuevas concepciones del profesionalismo en las que no lo es todo el fin dejando a un lado los medios de conseguirlo. Casi ha estado a punto de hacerse aplicable a los médicos la idea de que el fin justifica los medios, pero afortunadamente resurgen con fuerza las corrientes humanitarias que abogan por mantener el trato personal y familiar con el paciente aunque sin olvidar la necesidad de hacerse a los adelantos técnicos”*.

Aprovecho para señalar en este punto, y que muy acertadamente ha señalado el profesor Simón Lorda, que las enfermeras y las familias han sido los olvidados de la teoría del consentimiento informado. Alude este autor como causas de dicho “olvido” a

³ Señala el profesor González Quintana, en su obra “Dos Siglos de Lucha por la Vida: XIII-XIV. Una contribución a la Historia de la Bioética” : *“Hasta el siglo XI el saber médico de los sanadores era muy elemental: se basaba en un escaso número de escritos griegos y latinos y utilizaban frecuentemente la superstición, el conjuro y la magia.”*

⁴ La medicina actual corre el riesgo de ser calificada única y exclusivamente desde el punto de vista técnico, como una ciencia tendente a la exactitud, desechando la intuición en la actividad del profesional de la medicina.

que la teoría del consentimiento informado no ha prestado la suficiente atención, porque se ha centrado en un modelo de relación sanitaria, muy propio del sentir cultural individualista norteamericano, que centra el problema casi exclusivamente en el médico por un lado y el paciente por otro. Pero si esa no es la realidad de las cosas ni siquiera en los EEUU , mucho menos todavía en nuestro país. Lo cierto es que la relación sanitaria es un entramado complejo donde hay muchos intervinientes, algunos más lejanos pero igualmente presentes dentro de una consulta médica aunque en dicha consulta sólo estén físicamente el médico y el enfermo, como son la propia organización o institución sanitaria, o las sociedades científicas, y otros mucho más cercanos como son las familias y la enfermería.

Si bien las familias serán objeto de estudio más detallado en la aplicación del principio de autonomía concretamente cuando estudiemos la capacidad para prestar el consentimiento informado, ahora nos detendremos aunque sea de manera breve, en el papel que desempeña la enfermería y personal auxiliar en la relación médico paciente.

Las funciones de la enfermería, sin el propósito de entrar mucho en detalles, se pueden diferenciar en dos tipos de funciones, funciones independientes y funciones interdependientes. Las funciones independientes entran dentro del campo de actuación propio de la actividad de enfermería, asumiendo ella el protagonismo y las responsabilidades en su realización, no quedando al margen de la aplicación de los modelos y principios éticos aplicables en la relación médico paciente.

Por el contrario en las funciones interdependientes la enfermería realiza tareas en colaboración con otros profesionales, asumiendo por tanto sólo una parte de la responsabilidad. Las funciones dependientes que en un principio fueron el grueso de la actividad de la enfermería, en las que la enfermera se limitaba a obedecer las indicaciones de los otros profesionales, del médico en concreto, no asumiendo ningún protagonismo, ni por tanto responsabilidad en su desempeño más allá de seguir las indicaciones médicas. En este caso, según sigue señalando el profesor Simón Lorda, el problema reside en este tipo de funciones interdependientes, y estriba en saber si la responsabilidad de la enfermera afecta sólo a los que haga efectivamente ajeno a las indicaciones del médico o si también existen responsabilidades, y por tanto exigencia de responsabilidad en el supuesto de la no aplicación de los modelos éticos respecto al proceso en su conjunto. Es una cuestión abierta a la discusión.

II.- LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Hay que tener en cuenta que la relación médico-paciente nunca es de igual a igual, sino asimétrica. Con ello nos referimos, a que el paciente, a consecuencia de su enfermedad, está en situación de vulnerabilidad y, su formación le coloca en situación de inferioridad frente al profesional. Por otra parte, en el proceso de comunicación el médico pone en juego un atributo de su persona, la competencia profesional, mientras que el paciente aporta más, aporta su propia persona, con el mayor o menor desvalimiento en que le coloca la situación de enfermedad. En esta clara situación de relación asimétrica es evidente la necesidad de mayor protección del más débil, el enfermo. Sin embargo hay un límite a esta prioridad, el determinado por la máxima de no hacer daño. No se le puede pedir a un médico que en la aplicación de sus conocimientos actúe produciendo lo que considera un daño, aunque el paciente no lo crea así.

En este sentido, la importancia que conlleva describir el tipo de relación entre médico y paciente, en nuestro estudio del principio de autonomía, radica en determinar en qué ámbito se encuadra el principio de autodeterminación del paciente y sus manifestaciones. ¿Debe ser entendido como un principio deontológico, como un principio ético o como un principio con relevancia jurídica? La respuesta a estas cuestiones quedará supeditada al tipo de relación que exista entre médico y paciente.

El ejercicio de la medicina es una actividad con relevancia social de primer orden por la forma en que incide en bienes básicos tales como la vida o la integridad física y mental de las personas. Aún ante estas circunstancias, y como regla general, el médico prefiere que las referencias normativas necesarias para el ejercicio de su actividad sean aportadas por normas éticas, por normas de deontología profesional, antes que por normas jurídicas.

Pero, por otro lado, el paciente y la propia sociedad reclaman una regulación legal a dicha relación. La actividad médica cobra especial significación por su objeto, que es el propio individuo, y por tanto no puede escapar a una regulación legal.

Existen puntos de vista contrapuestos; de un lado, el médico reclama independencia, libertad de actuación e incluso una cuasi irresponsabilidad; del otro, el mundo jurídico legal contempla la actividad médica como un dato más de relevancia social y por ello necesariamente habrá de ser reglamentado.

En este sentido el conflicto está servido y de manera gráfica se podría resumir con la conocida afirmación de que “*ni el médico puede tolerar pacientemente el ser juzgado en su actuación por el jurista, al que considera un intruso en un campo que desconoce, ni el jurista puede pacientemente tolerar que se actúe sobre su cuerpo sin su consentimiento*”.

1º. Razones que justifican la abstención de las normas jurídicas en la relación médico-paciente

Tradicionalmente la medicina se ha visto como una actividad que debía quedar al margen de la regulación jurídica. Señalando el origen de la medicina actual en la antigua Grecia, concretamente dentro del ámbito de la medicina hipocrática, la actividad médica estaba ya excluida del control jurídico, en manos de los médicos que establecían sus propias reglas y gozaban de impunidad en el ejercicio de su arte.

En este sentido, el médico tenía en su trabajo algo de “legislador”, en cuanto su profesión consiste en establecer formas de vida, en recomendar normas de comportamiento. Se trataba además de normas que cuentan con una fuerza reforzada, mayor incluso que la de las normas jurídicas y los preceptos morales, en la medida en que la medicina se refiere inmediatamente al orden de la conservación.

Los griegos establecieron la relación entre enfermedad física y enfermedad moral, de manera que el enfermo no sólo estaba aquejado de un mal físico, sino que también sufría un menoscabo moral⁵. El enfermo era incapaz de gobernarse a sí mismo y necesitaba la dirección diestra del médico. Por tanto la *superioridad moral* del médico frente a un enfermo incapaz física y moralmente hacía necesaria la inmunidad jurídica que lleva consigo el ejercicio de la actividad médica.

Por otro lado, la medicina se ha concebido como una actividad humanitaria al servicio del hombre. El deseo del médico de aliviar la situación desgraciada del enfermo sería el centro de la relación médica, lo que establecería una relación peculiar entre enfermo y paciente. Dicha relación se caracterizaría por la entrega por parte del médico y por la confianza por parte del paciente. Además, el hecho de que se trate de una

⁵ Es de notar que en las escrituras bíblicas se relaciona el pecado como el origen de la enfermedad. En la carta a los Romanos 5:12 se recoge: “*Por eso, así como por medio de un solo hombre el pecado entró en el mundo, y la muerte mediante el pecado, y así la muerte se extendió a todos los hombres porque todos habían pecado*”.

relación esencialmente humanitaria hace que se incluyan algunas referencias éticas, que imponen comportamientos difícilmente controlables por parte del derecho⁶.

En este sentido se puede afirmar que los intereses de las partes NO son contrapuestos sino coincidentes y no habría razón para la intervención del derecho, porque no habría contraposición alguna de intereses.

En consecuencia, la regulación de la actividad médica sería determinada por regulaciones deontológicas⁷ derivadas de los propios profesionales médicos a través de su administración corporativa.

Son el tipo de referencias normativas que el médico preferiría para la solución de los problemas. De esta forma se cuenta también con la mayor comprensión y la solidaridad profesional de quienes son al fin y al cabo compañeros de profesión y se excluye la intromisión de los hombres de la ley.

La práctica jurídica ha constatado que cuando la relación entre el médico y el paciente se basa en la entrega, en la confianza y la colaboración las reclamaciones judiciales de los pacientes son menores que cuando la relación entre médico y paciente son malas o inexistentes. Por lo tanto el ver dicha relación como una mera relación mercantil, concretamente de prestación de servicios, tiene como consecuencias la desconfianza y la falta de colaboración entre ambos sujetos por lo que devendría en perjuicio para el propio paciente, en el sentido que no se beneficiaría terapéuticamente del trato médico⁸, y en perjuicio para el profesional, el cual además de estar expuesto a mayor control judicial de su actividad le abocaría a una actividad médica, que el profesor Romeo Casabona ha llegado a denominar como “*medicina defensiva*”.

En esta misma línea, la relación entre médico y paciente no debe ser vista como una relación esencialmente mercantil, aunque el médico reciba una contraprestación

⁶ Esta relación médico paciente es considerada por Laín Entralgo como una relación de amistad basada en un sustrato “*amistoso –amoroso*”.

⁷ Para el médico los conceptos de ilicitud, sanción y responsabilidad contienen un fuerte elemento axiológico que incluye una descalificación moral, y suponen una incriminación que les resulta infamante, y que además consideran incompatible con la práctica de una actividad que se ejerce con la única finalidad de beneficiar al paciente. En este sentido el Dr. Marañón, en el prólogo al libro de Eduardo Benzo sobre la responsabilidad civil de los médicos, trata de reducir la responsabilidad del médico al campo moral y a supuestos extremos en el campo del dolo y la mala fe en la intervención del facultativo, llegando incluso a entender como una desviación del correcto actuar del médico la manifestación pública del error de un compañero. Cfr. H. Kelsen, Teoría pura del derecho, trad. R.J. Vernego; Universidad Nacional Autónoma de México, México 1991 “*la doctrina de la caracterización esencialmente moral de lo ilícito NO puede sostenerse frente al delito civil, y la consecuencia civil que a él se ensalza: la ejecución civil*”.

⁸ En este sentido el profesor Marañón ha llegado a afirmar que “*el médico no puede dar la ley fría y severa como respuesta y medicina al corazón angustiado, sino que tiene que buscar soluciones humanas para los humanos dolores, esperando, si roaza la ley, que el juez le comprenda y le perdone*”. Por todo ello sigue señalando el citado autor “*el enfermo debe aceptar un margen de inconvenientes y de peligros derivados de los errores de la medicina y del médico mismo como un hecho fatal, como acepta la enfermedad misma*”.

pecuniaria por sus servicios⁹, el Código de Deontología médica de 1992 establecía que el acto médico nunca debía tener como fin el lucro, y que los honorarios debían tener en cuenta la situación económica del paciente. Por lo cual el excesivo afán de lucro, característica ésta de las típicas relaciones mercantiles, del facultativo se considera un elemento distorsionador de la buena relación médica.

En conclusión, tradicionalmente se ha considerado incompatible el papel de salvar vidas humanas, que es prioritario para ambos sujetos de la relación, con una rígida estructura de normas legislativas que establezcan estrechos márgenes de actuación y tiendan a responsabilizar la labor curativa del profesional.

2º. Razones que justifican la regulación jurídica de la relación entre médico y paciente

En los últimos años han acontecido una serie de circunstancias que han contribuido al desencuentro de la población respecto de la medicina tradicional y que acaban por manifestarse en un cierto distanciamiento respecto de los criterios profesionales de actuación y en un intento de controlar de algún modo el ejercicio profesional de los profesionales sanitarios. En esta misma línea el profesor Galán Cortés señala que resulta paradójico que el incremento paulatino que han experimentado los supuestos de responsabilidad médica, se halla en proporción directa con el progreso de la ciencia médica y de sus técnicas.

El profesor Pelayo González-Torre¹⁰ señala una serie factores sociales de ese distanciamiento:

1.- Desarrollo del pluralismo ideológico. Entendido como una diversificación en lo que se refiere a las creencias o convicciones sociales, que implica la aparición de modos de vida diversos y en algunas ocasiones discrepantes del mundo de valores desde que los que se ejerce la medicina tradicional, plasmados en sus códigos deontológico fuertemente moralizados.

Este pluralismo ideológico a dado a luz nuevas formas de entender el derecho a la vida, a raíz sobre todo de las discusiones en torno al derecho al aborto, o la posición ante la muerte, en relación con los problemas de eutanasia, han sido los campos donde

⁹ El médico por su prestación recibe unos honorarios, dicho término en latín *honorarium* significaba “los derechos de las diferentes profesiones liberales”. Los honorarios eran la compensación por el saber.

¹⁰ Describe este autor otras causas por las que se produce el desencuentro de la población y la medicina tradicional. Dichas causas además de las sociales son factores de carácter jurídico y debido también al auge de la bioética

las divergencias se han puesto de manifiesto con mas fuerza, a la vez que se ha puesto en evidencia la imposibilidad de afirmar la existencia de una conciencia común en cuestiones importantes relativas a la actividad médica.

Por lo tanto se ha ido gestando una nueva forma contemporánea de entender la libertad, se trataría de un individualismo más radical, independiente de las organizaciones políticas y sindicales, y de la dirección ideológica de las conciencias. La autonomía prevalece frente a todas estas disciplinas y el hombre afirma su individualismo eligiendo libremente al margen de tendencias mayoritarias.

El individualismo se ha desarrollado hasta el punto en que el individuo se alza frente a los poderes combinados de médicos, sacerdotes y juristas y ante todos ellos ha llegado a reclamar su “derecho a morir”. Un derecho que no interesa a nadie socialmente sino a él.

Dicho individualismo es también trasladado a la relación médico paciente.

2.- Un segundo factor social que ha producido el distanciamiento de la medicina tradicional y de la ausencia de regulación de la actividad médica es que ha quebrado el modelo tradicional de médico.

La profesión médica ya no es vista como una profesión basada en el sacrificio, e incluso en la asunción de riesgos derivada del contacto con la enfermedad. Sino que la vocación de servicio y sacrificio ha sido sustituida, por los que actualmente cursan los estudios de medicina, por las expectativas económicas y la posición social que otorga el ejercicio de la profesión sanitaria. Lo que destaca ahora de la profesión médica no es el sacrificio y la dedicación sino precisamente la distancia entre el modelo, ya incapaz de imponerse socialmente, y la realidad de la relación médica.

El contexto sanitario se ha transformado, la atención médica ha pasado de recibirse de manos del médico de cabecera a ser obtenida en modernos centros sanitarios en donde la tecnología de vanguardia ha sido capaz de medir cualquier parámetro con absoluta precisión.

En la actualidad se nace y se muere en los hospitales. La imagen del médico a la cabecera del enfermo, asistido únicamente con de su experiencia y sus sentido, ha sido sustituida por la de una aséptica sala de cuidados intensivos, con el enfermo conectado a una serie de aparatos que reproducen y registran sus funciones vitales. En cualquier caso se presta la asistencia sanitaria por una pluralidad de profesionales, bien sucesivamente (pruebas, diagnósticos, tratamientos) o simultáneamente (intervención quirúrgica). Todo ello ha contribuido a que se haya despersonalizado el ejercicio de la medicina y a que el

paciente que se siente perjudicado ya no deje sitio a la fatalidad como causante de su daño, y reclame a una administración sin rostro.

Por otro lado la percepción actual de la actividad médica ya no es tan optimista como en épocas pretéritas. La conciencia de que la enfermedad avanza paralelamente impidiendo que la medicina ofrezca horizontes de salud y bienestar definitivos, contribuye a cuestionar esa entrega total del paciente a la actividad del facultativo.

3.- La actividad médica ha perdido su inocencia. Después de la II Guerra Mundial y los juicios de Nuremberg, en que se dio a conocer las atrocidades cometidos en nombre de la medicina en los campos de exterminio nazi, se desvaneció la idea de que la actividad médica es incompatible con el daño, el error, la negligencia e incluso con el crimen.

De tal manera que se hace necesario una nueva concepción de la medicina con su fundamento en la regulación de dicha actividad profesional y en la garantía de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios.

Galán Cortés alude al cambio de la relación clínica, entre el profesional médico y el paciente, que se ha ido transformando desde el tradicional esquema autoritario y vertical, en el que el médico desempeñaba el papel de tutor, y el enfermo, el de desvalido; evolucionando hacia otro tipo de relación, democrática y horizontal, en el que se pasa de un modelo de moral de código único a un modelo pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona.

Por otro lado, sigue señalando este autor, que la especialización del ejercicio de la medicina que ha tenido como consecuencia más inmediata una deshumanización de su práctica ha resultado en la pérdida de esa atmósfera de confianza que caracterizaba la medicina tradicional.

Paralelamente el desarrollo de las ciencias biomédicas y de sus implicaciones cada vez mayores y más intensas con el ser humano, asistimos a un proceso de “*expansión de los derechos humanos*”, de identificación de nuevos derechos o nuevas proyecciones de aquéllos: derecho a procrear y a no procrear, derecho a un patrimonio genético no manipulado, derecho a la identidad, derecho a la unicidad, derecho a la diferencia, derecho a una familia con dos padres, derecho a conocer o a no conocer el propio origen biológico, derecho a no saber (vg. Sobre la predisposición a una futura enfermedad), derecho a la enfermedad (entendido como derecho a no ser discriminado por enfermedades o predisposiciones patológicas genéticas, etc...), derecho a morir con dignidad, etc...

La configuración de los mencionados como auténticos derechos subjetivos entraña encontrar los valores que les sirven de soporte, su cristalización positiva, su jerarquización o priorización en caso de conflicto entre sí o con otros derechos; o, en su caso, identificar su engarce dentro de otros derechos ya existentes o reconocidos.

En conclusión, hoy día no se discute la necesidad de regulación jurídica, y no sólo ética, de la relación médico paciente. Si bien la discusión se traslada ahora de hasta dónde debe regularse, cuáles son los límites, con qué margen de maniobrabilidad o de confianza debe contar el profesional sanitario, cuáles deben ser los principios de dicha regulación y quién los debe establecer.

3º. Regulación de la actividad médica

Como ya ha quedado apuntado anteriormente, hoy día no se discute la necesidad de regulación de la actividad médica. Pero al mismo tiempo es imposible que el legislador regule toda la actuación médica hasta los últimos extremos, pues existen infinidad de variables que hacen que cada actuación médica sea singular. Por lo tanto la regulación jurídica debe coexistir con la *ley técnica* o *lex artis*. ¿Qué relación debe existir entre ambas?

El fundamento de la preocupación del legislador por fijar determinadas reglas de actuación médica no es diferente al general de toda legislación, esto es, apuntalar los cimientos de la convivencia social. Si bien la actividad médica cobra significación especial por su objeto. Toda actuación del profesional médico se encamina en última instancia al bienestar social y más concretamente a preservar la salud del ser humano. Se puede concluir, por tanto, que es el hombre, el individuo, el objeto de la ciencia médica, y si en ciertos aspectos de tal actividad, el hombre sólo aparece como punto final y receptor del resultado de un largo proceso de investigación, la actuación médica que nos es más común es aquella que directamente recae sobre el cuerpo humano.

El médico, como profesional, está sometido a la *lex artis*, que estudiaremos a continuación con más detenimiento, pero el objeto particular sobre el que recae directamente la actividad médica, la persona, hace necesario que existan unos principios rectores de carácter general, que delimitan el contenido de la *lex artis*, y cuya finalidad no debe ser otra que garantizar los derechos “*del objeto*” de la actividad médica, es decir, del paciente o usuario de los servicios sanitarios.

Dentro de estos principios rectores, límites de la *lex artis*, es donde encuentra el ámbito de influencia el principio de autodeterminación que será objeto de estudio en la parte segunda.

A continuación se procederá al estudio de la mencionada *lex artis* y seguidamente a lo que la jurisprudencia ha denominado como *lex artis ad hoc*.

a) La Lex artis

Primeramente, hay que tener en cuenta que la obligación del médico, es una obligación¹¹ de *hacer*¹². A su vez la obligación de hacer presupone el desarrollo de una actividad por parte del obligado, pero dicha actividad puede venir requerida desde una doble perspectiva:

a.- Desempeño de la actividad en sí misma considerada, sin exigencia de un resultado concreto. En tal caso, se habla de *obligación de actividad* o de *obligación de medios*, porque la prestación del obligado se limita a desarrollar una conducta diligente que, sólo de forma mediata, puede ofrecer el resultado final perseguido por el *acreedor*, por ejemplo: cuando se contrata los servicios de un abogado para la defensa de un proceso, el letrado cumplirá con la obligación no garantizando el resultado del proceso, sino desarrollando una conducta diligente en la defensa del mismo.

b.- Desempeño de una determinada actividad dirigida a la obtención de un *resultado concreto* (vg. Le encargamos a un carpintero la elaboración de una mesa, en este caso el obligado, para entender cumplida la obligación, debe conseguir el producto perseguido independientemente de la diligencia que haya puesto el carpintero para la obtención del resultado), en este caso, se habla de *obligación de resultado*, ya que el deudor se obliga a proporcionar de forma directa e inmediata la satisfacción del interés del acreedor, mediante la obtención de un resultado pactado que integra la prestación, un resultado que está *in obligatione*.

¹¹ El artículo 1089 Código Civil español proclama: "*Las obligaciones nacen de la Ley, de los contratos y cuasi contratos, y de los actos y omisiones ilícitos o en que intervenga cualquier género de culpa o negligencia*". Una de las cuestiones más discutidas ha sido la naturaleza contractual o extracontractual de la relación médico paciente. La doctrina de la relación jurídica médico paciente se ha construido tradicionalmente sobre la base del contrato. Sin ánimo de entrar en un análisis detallado de la cuestión, sólo quiero mencionar que se han elaborado diferentes teorías con respecto a la naturaleza jurídica del contrato médico, las más importantes según, Ataz López : Teoría del mandato, de la comisión civil, del arrendamiento de obra, del arrendamiento de empresa, del contrato de trabajo, del arrendamiento de servicios, del contrato multiforme y más recientemente la teoría del contrato innominado.

¹² El artículo 1088 del Código Civil español señala: "*Toda obligación consiste en dar, hacer o no hacer alguna cosa*".

En la obligación de resultado, como es natural, en caso de no obtenerse éste por el acreedor, la responsabilidad por incumplimiento pesa sobre el deudor incumplidor aunque haya desplegado la actividad correspondiente a la obligación contraída con la mayor diligencia posible. La materialización del resultado previsto determina, pues, el cumplimiento o incumplimiento de la obligación, haciendo abstracción de la diligencia demostrada por el deudor. Este último extremo, por el contrario, es el *único* a considerar en relación con el cumplimiento (o incumplimiento) de la obligación de actividad o de medios.

Las características de la profesión médica se deduce claramente, que la obligación del médico es una obligación de actividad o de medios y no de resultado, pues nunca el facultativo podrá asegurar la consecución de un resultado concreto. Aunque últimamente se ha señalado, que en algunas ramas de la actividad médica, concretamente en el campo de lo que se ha denominado como medicina voluntaria, cirugía plástica y reparadora, existen elementos que la acercan más a una obligación de resultado que a una obligación de actividad o de medios.

Sentado que la actividad médica es una obligación de hacer, y dentro de éstas, una obligación de actividad o de medios, en que el facultativo para considerar cumplida la obligación no es necesario que consiga el resultado, aunque es lo deseable, sino que despliegue la diligencia debida en el desempeño de su función, entonces surge la cuestión ¿Cómo se determina que el médico ha empleado la diligencia debida? En base a qué criterios.

Es en este punto donde entra en juego la *Lex artis*. El término *lex artis*, cuyo significado literal es ley del arte, ha sido de siempre empelada como patrón técnico para enjuiciar la actuación de un profesional.

El Tribunal Supremo¹³ ha señalado como sinónimos de la *lex artis* la “buena técnica médica”, “técnica correcta” o “aquellos principios esenciales que tiendan a su normal desenvolvimiento”.

Esta *lex* opera en el campo de cualquier actividad profesional, porque con ella se valora la diligencia desplegada por su autor en el ejercicio de su actividad, así como el resultado producido.

¹³ En este sentido ver la STS de 16 de Abril de 1970, comentada por el especialista Ataz López, J.

Con carácter general, se puede decir, junto con el profesor Siso Martín, que la diligencia debida en el cumplimiento de la obligación del profesional sanitario se descompone en los siguientes deberes:

- a. Información adecuada: al paciente o a sus familiares, sobre el diagnóstico del proceso, pronóstico razonable y las alternativas existentes, con expresión de sus ventajas y riesgos. Dicha información ha de ser expresada de forma inteligible y suficiente para posibilitar la emisión, en su caso, del consentimiento informado del paciente o usuario de los servicios sanitarios.
- b. Aplicación de los medios disponibles: en el tiempo y lugar de la asistencia y adecuados al actual estado de la ciencia. Este deber funciona como una cláusula de progreso que presiona al sistema sanitario público, por parte de los profesionales sanitarios, en la exigencia de la última tecnología.
- c. Continuación del tratamiento: ininterrumpido hasta el alta médica, con advertencia del riesgo de abandonarlo.

En conclusión, hay que decir que la *lex artis* referida a la actividad sanitaria es la aplicación de reglas generales médicas a casos iguales o parecidos, dentro de una actuación conforme al cuidado objetivamente debido. No cabe, por ello, la aplicación de la *lex artis* a situaciones desconocidas, no estudiadas o imprevistas en la ciencia médica, pues una condición de aquella es que cualquier profesional actuaría de la misma forma cuando se dieran las mismas condiciones, a salvo claro está, siempre la libertad de criterio profesional.

La consecuencia es que si se actúa apartándose de lo homologado por las sociedades o publicaciones científicas se incurre en responsabilidad en el caso de que se produzca un daño, salvo que se justifique cumplidamente por qué se apartó de la regla técnica generalizada.

Como acertadamente ha señalado el profesor Romeo Casabona, no hay que confundir la *lex artis* con la indicación terapéutica, ya que siendo conceptos relacionados, difieren en que la indicación terapéutica es previa cronológicamente y supone el análisis y valoración previa al acto médico, mientras que la *lex artis* trata de aplicar la técnica y medios adecuados al caso concreto.

Anteriormente ya se ha hecho mención a la singularidad de la actividad médica, dicha singularidad hace necesario establecer “normas” más particulares que sirvan de guía al personal médico. Esta individualización de la *lex artis* ha dado origen a lo que se le ha llamado la *lex artis ad hoc*.

b) La denominada *Lex artis ad hoc*

El sometimiento del médico como profesional a una *lex artis* es algo generalizable a todo profesional liberal. Pero es precisamente lo particular del objeto sobre el que recae la actividad médica lo que hace indispensable matizar esa regla. Surge así la idea del sometimiento del médico a una *lex artis ad hoc*, una particular ley de actuación para cada supuesto individualizado de intervención del médico. Ello porque al ser muchos y muy diversos los factores presentes en cada acto del profesional de la medicina, no es factible someterle a una ley general rectora de toda la actividad médica.

La denominada por la jurisprudencia como *lex artis ad hoc* viene a ser el criterio para valorar la corrección del acto médico concreto, ejecutado por el profesional de la medicina; dicho criterio tiene en cuenta las características propias del autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y de la influencia de factores externos tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la propia organización sanitaria. En este sentido, puede decirse que el contenido de esta singular *lex artis ad hoc* es variable según las diversas circunstancias con que se enfrente el facultativo. Pero al margen de estas circunstancias en que se encuentre el facultativo y en relación con el caso concreto, las exigencias de la *lex artis* son siempre las mismas.

Por lo tanto, como notas características de la *lex artis ad hoc* se pueden señalar:

1. Como tal *lex artis* implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la actuación concreta de un profesional sanitario.
2. *Objetivo*: Valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, es decir, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos.
3. *Técnica*: Los principios o normas de la profesión médica, en cuanto ciencia, se proyectan al exterior a través de una técnica y según el *arte* personal de su autor.
4. *Profesionalidad*: El autor o afectado por la *lex* es un profesional de la medicina.
5. *Módulos de integración axiológica*: a) autor: circunstancias personales y profesionales; b) del objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, gravedad o no, dificultad de ejecución); c) factores endógenos: tanto en la intervención o en sus consecuencias, pueden haber influido el estado

del enfermo (grave o no, con consentimiento expreso o no, con receptividad de cooperación o no) así como el de sus familiares (tensión suplicante por la enfermedad) y la misma organización sanitaria, etc.

6. *Concreción de cada acto médico o presupuesto ad hoc*: tal vez sea este el aporte personal que caracteriza el término ad hoc; así como en toda profesión rige una *lex artis* que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa *lex*, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores anteriormente citados, por ejemplo, no es igual valorar a efectos de responsabilidad una asistencia a un enfermo moribundo que a otro leve. Así esta *lex artis ad hoc* repercutirá:
- En la legitimación: quién debe actuar, cómo y cuándo; requisitos del consentimiento.
 - En la esfera funcional o eficacia del acto médico, dependiendo en su caso del centro sanitario, cobertura social o no.
 - En la importante medición de su *responsabilidad*: se actuó o no con corrección, hubo o no daños, hay o no responsabilidad, de quién y por qué, atenuación o agravación.

De todo lo anterior se puede afirmar, de modo gráfico, que en la medicina es una verdad apodíctica “*cada acto una ley*”, en la idea que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección, es decir, para valorar tanto el elemento causa, autor y diligencia desplegada, como efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente/sociedad, la preexistencia de una *lex* que así lo juzgue o, incluso, y en razón de la peculiar gestación de ésta en relación con aquél, se podría hasta opinar que es el mismo acto el que genera, por una especie de mecanismo de autorregulación, su propia ley, con la que, indefectiblemente, habrá de enjuiciarlo.

La valoración de qué *lex artis ad hoc* habrá de aplicarse al acto médico en cuestión, o la función que la misma ha de desplegar en el campo de su operatividad, comprenderá, pues, dos aspectos distintos pero indisolubles del acto ejecutado:

En primer lugar, el elemento causal o determinante del acto, o de otro modo, su autoría y su liturgia, en donde se apreciará el exacto ingrediente de la diligencia profesional o, en su caso, los desvíos de la misma (tanto por error, negligencia, desidia, impericia, imprudencia, etc., que comportan la vasta patología de la tan vituperada y temible tendencia actual sancionadora de la llamada *malpractice*, o mala práctica, con un término de origen anglosajón de inmenso caudal connotador.

En segundo lugar, la delimitación del resultado conseguido con el acto ejecutado, es decir, si ese resultado es correcto o no, es adecuado o no, si se cohonesta con la actividad desplegada por su autor, o si se han interferido en su producción circunstancias imprevisibles que rompan el nexo de lógica derivación causal.

Sin embargo, esta justificación de la existencia de la llamada *lex artis ad hoc*, no es aceptada unánimemente y sin discusión por la doctrina; en este sentido el profesor Romeo Casabona¹⁴ ha señalado que si bien, la expresión *lex artis ad hoc* ha gozado de éxito en algunos tribunales españoles, no por ello deja de ser vacía de contenido, pues con la misma se quiere hacer referencia a que la *lex artis* (a secas, que es la expresión correcta sin calificativos o aditivos) ha de identificarse y valorarse en atención a las circunstancias que presente el caso concreto.

Así pues, debe ser siempre, que la *lex artis* ha de partir de la libertad de método o de procedimiento, lo que ya de entrada individualiza su contenido, y ha de adaptarse a la situación concreta que presenta el paciente, es decir, que debe modularse con lo que se conoce como *indicación médica* de la intervención o medida que pretenda adoptarse. Por estas razones, la expresión *lex artis ad hoc* no deja de ser una expresión tautológica.

En conclusión, habiendo configurado la actividad del médico como de carácter profesional, si bien adaptada a las notas propias de ésta y matizada por las especiales características de dicha actividad, en síntesis podríamos decir, con, Martínez Calcerrada¹⁵, que las notas características de la actividad médica son:

1º La actividad médica es una actividad profesional. Ello presupone la actuación de individuo cualificado por la posesión de un título que legalmente le habilita para el ejercicio de la medicina y por su pertenencia a una organización colegiada que vela por sus intereses y el general desarrollo de la actividad médica. Este es, pues, requisito de legitimación para el ejercicio de la actividad médica.

2º La actividad profesional del médico tiene por objeto, normalmente, el cuerpo humano. Esta nota explica muchas de las garantías y prescripciones legales existentes en referencia a la actividad médica, pues puede decirse que no hay valor individual maspreciado que el de la salud y consecuentemente la vida del hombre.

3º La finalidad de la actividad médica es la promoción de la salud. Fin u objetivo que se consigue generalmente mediante la actuación directa sobre el cuerpo

¹⁴ Romeo Casabona, C.M.; *El consentimiento informado en la relación entre el médico y el paciente: aspectos jurídicos*; en *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Fundación Víctor Grífols i Lucas. Barcelona 2002.

¹⁵ Martínez Calcerrada, L.; *dcerecho médico general y especial. Vol I; ed. Tecnos; Madrid 1986*

humano, pero que puede darse en otras actuaciones médicas en las que la intervención del profesional médico se materializa al margen, por ejemplo en el campo de la investigación en laboratorio.

4º Una última nota característica de la actividad médica es la de ser de primordial interés social, como servicio de pública necesidad. Supone esto dar importancia no sólo a los bienes sobre los que la actividad médica recae, sino a que el correcto ejercicio de esta actividad es algo que afecta a todos los ciudadanos¹⁶, en cuanto que la protección de la salud es necesaria para la buena marcha de la sociedad.

Consecuencia de la importancia social de la actividad médica justifica que los actos médicos sobre el cuerpo humano no se consideren agresión a la persona, sino defensa de la misma, siempre y cuando concurra el consentimiento del paciente. Además la caracterización como servicio de pública necesidad provoca que el deber de asistencia de los médicos pueda configurarse en determinados casos como un deber *ex officio*.

¹⁶ El artículo 43 CE proclama: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”

PRINCIPIO DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE

I.- MODELOS ÉTICOS DE LA ACTUACIÓN MÉDICA

Para poder proceder al estudio y entendimiento, aun en el ámbito jurídico como es nuestro caso, del principio de autonomía o también conocido como de autodeterminación, resulta obligado establecer el contexto donde opera dicho principio. Para ello se hace necesaria una reflexión bioética aunque sea superficial.

Se han propuesto varios modelos o principios bioéticos, si bien los que han sido aceptados como esenciales o primarios han sido los propuestos por Beauchamp y Childress, los cuales son los principios de Beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Éstos actúan como principios rectores que vienen a delimitar la *lex artis*, que hemos estudiado anteriormente.

En nuestro país, el Profesor Gracia Guillén además de aceptar los principios propuestos por los autores citados, propone un orden lexicográfico entre los principios, de tal manera de que se proporcione mayor peso moral a los principios de no maleficencia y justicia que a los de autonomía y beneficencia. Según este autor los dos primeros principios configurarían el nivel 1, el de la ética de mínimos, y los dos segundos el nivel 2 el de la ética de máximos. Para Gracia Guillén los principios de nivel 1 son de prima facie más obligatorios que los de nivel 2 porque enmarcan deberes de obligación perfecta, es decir, correlativos de derechos intersubjetivamente reconocidos como tales. Por el contrario, los principios de nivel 2 sólo enuncian deberes de obligación imperfecta, que no son correlativos de derechos y que por tanto, pertenecen al ámbito de pura moralidad, de la pura excelencia.

Ante se seguir con la interrelación de los principios bioéticos creo que se hace necesario una breve exposición de los mismos, dejando para el capítulo siguiente un análisis más profundo y detallado del principio que es objeto de nuestro estudio, el principio de autonomía.

1º. Modelo de Beneficencia

Para el profesor Galán Cortés el modelo de beneficencia consiste en buscar la protección de los mejores intereses del paciente, exclusivamente desde el punto de vista de la medicina, sin tener presente el proyecto vital de cada individuo, ni sus preferencias o decisiones personales. Para este modelo la medicina proporciona un punto de vista

objetivo sobre los mejores intereses del paciente, lo que equivale a decir que este punto de vista trasciende a los criterios y creencias particulares de cada médico concreto, para alinearse en el criterio común de la ciencia, en función del desarrollo y estado de la misma.

La beneficencia conlleva la obligación de sopesar los bienes con los males, los beneficios con los beneficios alternativos y los males con los males alternativos, requiriendo, asimismo, que el médico mantenga la capacidad profesional necesaria para sopesar y comparar adecuadamente las alternativas referidas.

Sigue señalando el autor, que bajo este modelo de beneficencia, la actuación del médico ante un Testigo de Jehová que precisara una transfusión de sangre, por un cuadro de anemia importante, sería la de proceder a su transfusión, con absoluta independencia de que éste se hubiese negado a recibirla, y ello de acuerdo con el principio de beneficencia que preside su actuación, para la búsqueda de los mejores intereses del paciente.

Una derivación de este principio de beneficencia es el conocido como modelo paternalista. Siendo éste modelo el más antiguo de la historia de la medicina.

En virtud del modelo paternalista se limita, llegando a anular si fuese necesario, la voluntad del paciente en su propio beneficio aun poseyendo el sujeto capacidad de juicio suficiente, en tal forma que lo que en puridad acaece es la sustitución del criterio del paciente por el del médico.

Este principio es definido por el profesor Gracia Guillén como el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente y con capacidad o competencia adecuada, por el propio beneficio del paciente según los criterios médicos.

Beauchamp define al paternalismo como la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra, cuando la persona que limita la autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitada.

El paternalismo va más allá que el modelo de beneficencia, porque si al igual que el modelo de beneficencia actúa buscando los mejores intereses del paciente, se diferencia de éste en que el paternalismo se priva al paciente capaz de su derecho a la autodeterminación.

2º. Modelo de Justicia

Según el profesor Galán Cortés, el modelo de Justicia protege los intereses de terceros, ajenos a la relación médico paciente, por lo que se trata de una forma singular de beneficencia.

Sigue señalando el autor, que estamos por tanto ante una aplicación particular del principio de beneficencia en beneficio de los intereses de terceros, aun cuando con ellos se limite la autonomía del sujeto al que se aplica. Se apoya este modelo en el principio de Mill, en virtud del cual tan pronto como una parte de la conducta de una persona afecta perjudicialmente a los intereses de otras, la sociedad tiene jurisdicción sobre ella y puede discutir si su intervención es o no favorable para el bienestar general; pero no hay lugar para plantear esta cuestión cuando la conducta de una persona no afecta en absoluto a los intereses de ninguna otra.

Concluye el mencionado autor que sólo para obviar la lesión, daño o menoscabo de intereses de terceros, se puede justificar la limitación de la autodeterminación de una persona concreta, lo que en el campo de la medicina tiene lugar por motivos de salud pública por ejemplo en los casos de vacunaciones obligatorias, internamientos, etc... Hay, pues, en este modelo, un predominio del bien común, general o social sobre el interés particular.

3º. Modelo de No maleficencia

La máxima latina *primum non nocere* (primero no hacer daño) siempre ha sido tenida como el fundamento de la moralidad en el ejercicio médico. Pese a que se desconoce quién y cuándo se pronunció, se relaciona con la Escuela Hipocrática, si bien no se reconoce de manera explícita, no es menos cierto que dicho principio se deduce fácilmente del Juramento Hipocrático.

En sentido literal, se puede decir que el principio de no maleficencia significa no infligir daño, o crear una situación de riesgo, de manera consciente, por tanto comporta una actitud negativa, de abstención a actuar.

Este modelo está íntimamente relacionado con el principio de beneficencia. En ocasiones se ha considerado el principio de beneficencia y el de no maleficencia como uno solo, ya que para beneficiar a la persona no sólo basta con hacerle el bien sino también con no hacerle daño, como obligación primaria.

El profesor Galán Cortés señala que debe distinguirse el principio de no maleficencia del principio de beneficencia. El primero nos obliga a todos de forma primaria, siendo anterior a cualquier tipo de información o consentimiento, y nada tiene que ver con el consentimiento informado, en tanto que el de beneficencia sí (nunca es lícito hacer el mal, pero sólo a veces no es lícito hacer el bien)

II.- CONCEPTO DEL PRINCIPIO DE AUTODETERMINACIÓN DEL PACIENTE.

El término autonomía proviene del griego *autos* que significa “mismo” y *nomos* que significa “regla”, “gobierno”, “ley”, por lo que autonomía es sinónimo autogobierno. La persona autónoma determina por sí misma el curso de sus acciones, posee potestad de dictarse normas así misma. Por tanto la voluntad del sujeto debe primar también en lo que a su salud se refiere. El consentimiento es, en general, como un presupuesto de la licitud de las actuaciones de los profesionales sanitarios, pudiendo dar lugar, en caso de que no exista, a responsabilidades de orden civil y penal.

Cómo señala E. D. Pellegrino la autonomía, en el ámbito de la medicina, se ha convertido en la consigna que simboliza el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones sin restricción ni coerción, por más bienhechoras que sean las intenciones del médico, sin duda es un derecho que limita lo que debe y puede hacer el médico por su paciente.

Define el profesor Romeo Casabona el principio de autonomía como: *“el reconocimiento de la libre decisión individual sobre sus propios intereses siempre que no afecte a los intereses de un tercero, o el respeto a la posibilidad de adopción por los sujetos de decisiones racionales no constreñidas. Supone, por tanto, el reconocimiento del actuar responsable de que cada ser humano tiene el derecho a determinar su propio destino vital y personal, con el respeto a sus propias valoraciones y a su visión del mundo, incluso, aunque se tenga la plena convicción de que son erróneas y de que son potencialmente perjudiciales para él”*¹⁷

El profesor Simón Lorda ha señalado que *“la autonomía es en realidad un atributo de los hombres”* y la Dignidad de la persona comprende la capacidad para darse a sí mismo leyes universales que guíen su comportamiento empírico.

¹⁷ Romeo Casabona, El derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana, ed. Centro de estudios Ramón Aceres, S.A., 1994, pág. 42 y ss.

Por lo que el problema de la “autonomía” de las personas es precisamente el de haber sido definido como “Principio”, en vez de haber sido entendido como un cambio de perspectiva respecto a lo que deben ser entendido las relaciones humanas.

Sin embargo, sigue señalando el autor que existen poderosas razones históricas y prudenciales, las cuales se analizarán en los siguientes apartados, para afirmar la existencia del llamado principio de autonomía, con una denominación independiente y diferenciada de los principios clásicos aunque subrayando, que una revisión profunda de su contenido hace que se confunda con los tres principios clásicos recogidos en el Digesto.

No se encuentra una definición legal del principio de autonomía en nuestro ordenamiento jurídico aunque si se aprecian sus consecuencias de dos maneras diferentes por un lado se regula el llamado *Consentimiento Informado* y por otro lo que recientemente se le ha denominado como las *Instrucciones Previas*.

III.- FUNDAMENTO ÉTICO DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

El profesor Simón Lorda, con el rigor que lo caracteriza, señala que en virtud del Digesto de Ulpiano (S. III d.c.) se configuró como preceptos jurídicos básicos “*honeste vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere*”, (beneficencia, no maleficencia y justicia). Posteriormente con la conquista central de la Modernidad en la que se considera a la persona como seres intelectualmente y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, se reconoce la capacidad del individuo para decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas del bien y de la felicidad. No se trata de que apareciera en realidad una nueva obligación moral distinta a las que la el Digesto considerara, sino que éstas debían ser reinterpretadas a la luz de la idea de la autonomía de las personas.

Puesto que respetar la autonomía de las personas para tomar decisiones es una obligación perfecta que pertenece al principio de no maleficencia, e incluso se podría encuadrar dentro del principio de beneficencia en el sentido de que existe la obligación de hacer el bien a los demás y la mejor forma de hacer el bien a los demás es invitándoles a que lleven adelante su propio proyecto de felicidad, es decir promover la autonomía de las personas, facilitarles todo lo posible para que puedan tomar sus propias decisiones, decidir sobre su futuro, etc.

Entonces ¿Cómo surgió algo llamado el “Principio de Autonomía”? Simón Lorda lo atribuye, en primer lugar a la confusión que se originó con el llamado Informe Belmont, el cual según este autor, fue incapaz de separar los principios de no maleficencia y de beneficencia. Y en segundo lugar, cuando a lo que en realidad era una parte de la no maleficencia, lo consideró un principio separado y lo llamó “principio de respeto por las personas” y dicha confusión se convirtió en definitiva cuando Beauchamp y Childress consagraron ya los cuatro principios por separado (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía).

Alude el citado autor como causante de este fenómeno a que el principal enemigo a combatir era el paternalismo, ello sólo podría hacerse a fuerza de erosionarlo mediante algo que pudiera adquirir un peso moral tan notable como el de la beneficencia paternalista. La única manera era mediante otro principio moral, y ese fue el de la autonomía, que además llevaba a sus espaldas toda la tradición jurídica moderna que cuestionaba los principios del Derecho natural, tradicional soporte de la beneficencia paternalista.

Entonces si resulta que el Principio de Autonomía no existe, ¿Cómo debe fundamentarse la obligación moral de obtener el consentimiento informado?

Sigue señalando mencionado autor, que el consentimiento informado puede operar en dos niveles diferentes, en función de la forma en que se interrelacionan los principios bioéticos anteriormente analizados, y en consecuencia se puede hablar de un consentimiento informado de nivel 1(CI 1) y un consentimiento informado de nivel 2 (CI 2).

Obtener el CI 1 es una obligación perfecta, una obligación ético-jurídica correlativa al derecho de los pacientes a que se respete su autonomía. Su fundamento ético básico en lo relativo a los profesionales es el principio de “No Maleficencia”, y su quebranto puede dar como consecuencia incurrir en la comisión de un delito o por lo menos la exigencia de responsabilidad civil.

El CI 1 implicaría que el médico informe a sus pacientes adecuadamente según los criterios legales establecidos, les ofrezca alternativas, les sugiera la que médica o científicamente es la más indicada y les permita decidir libremente, sin ningún tipo de coacción, la que a su juicio crea el paciente como la mejor. Debiendo quedar todo ello consignado en la historia clínica.

Insiste el autor, que en el supuesto que no se cumpla la exigencia de obtener el CI 1 y para el caso que se produzca daño físico o moral, se incurrirá en *Responsabilidad Subjetiva*.

Sin embargo, para el caso de las Organizaciones Sanitarias deben de obtener también un CI 1 porque también el principio de “No Maleficencia” les obliga a ello, pues dichas instituciones deben organizarse y funcionar de tal forma que garanticen a sus usuarios el ejercicio de sus libertades y derechos básicos, uno de los cuales es precisamente el derecho al Consentimiento Informado, pero para el supuesto de no crear o no mantener adecuadamente estos procedimientos y resultar de ello un daño, la institución podría incurrir en este caso en *Responsabilidad Objetiva*.

Por el contrario el CI 2 más que una consecuencia del principio de No Maleficencia o de exigencia de mínimos, es una obligación a actuar, es una manifestación del principio de Beneficencia, donde se le insta, se invita a la participación activa de los pacientes en el proceso de toma de decisiones, a la evaluación conjunta de las alternativas y a la elección de aquella que el paciente, una vez debidamente informado, entienda como más ajustada a su propia escala de valores y a su propio proyecto de vida.

Crear este clima de comunicación, de promoción de la libertad del paciente basada en una información clara y veraz corresponde en primer término al profesional sanitario y en un sentido más amplio corresponde también a las organizaciones sanitarias.

En el caso que el profesional se limite a cumplir con el CI 1 y no se preocupe en alcanzar el grado de excelencia que implica el CI 2, si bien no se le podrá exigir responsabilidades penales o civiles por la falta de consentimiento CI 1, no es menos cierto que sin embargo sí se le podrá exigir otro tipo de responsabilidades morales o deontológicas.

Ciertamente no siempre será posible en un grado elevado la obtención del CI 2, ya sean por el estado del paciente, por su propia disposición, nivel cultural, madurez y otros innumerables condicionantes. En muchas ocasiones la única posibilidad será la obtención del indispensable y mínimo CI 1, pero nada justifica que el profesional no se esfuerce y así lo exija y permita la organización sanitaria para buscar la excelencia en la relación médico paciente y como consecuencia el CI 2.

Al igual que el profesor Simón Lorda entiendo que el llamado “principio de autonomía”, su contenido, puede encuadrarse dentro de los principios clásicos recogidos en el Digesto de Ulpiano. Si bien actuando como un límite de actuación ante el principio clásico de beneficencia paternalista e incluso en su esfera positiva, exigiendo las condiciones y elementos necesarios que faciliten el desarrollo de la autonomía del individuo, más aún cuando la persona se halla en un estado en el que se ve mermada la capacidad del individuo y por consecuencia la libertad, tal como se suele dar en el caso de la relación médico paciente, en la que hay que tener en cuenta que la relación médico paciente nunca es de igual a igual, sino asimétrica. Con ello me refiero, a que el paciente, a consecuencia de su enfermedad, está en situación de vulnerabilidad y, su formación le coloca en situación de inferioridad frente al profesional. En esta clara situación de relación asimétrica es evidente la necesidad de mayor protección del más débil, el enfermo.

IV.- FUNDAMENTO JURÍDICO DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Como acertadamente señala el Profesor Romeo Casabona, el Principio de Autonomía es la manifestación de, al menos, un derecho fundamental que en nuestro ordenamiento jurídico incluso se consagra en forma de valor superior¹⁸, el cual es la libertad, sin perjuicio que en determinadas circunstancias pueden verse implicados otros derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la salud, a la integridad física y moral.

Por lo que para un mejor entendimiento, procederé al estudio de las manifestaciones del principio de autonomía primeramente en el derecho a la Libertad y posteriormente en el derecho a la vida, a la salud y a la integridad física y moral, que son los que en la práctica suelen darse con más frecuencia.

¹⁸ El artículo 1.1 de la Constitución Española de 1978 señala textualmente: “España se constituye en un estado social y democrático de derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad la justicia, la igualdad y el pluralismo político”.

1º. Libertad y Principio de Autonomía

La Libertad comporta uno de los elementos identificadores del ser humano, y que el Estado no sólo debe reconocer, sino que encuentra su razón de ser en la protección de la libertad de los ciudadanos¹⁹.

En nuestra Constitución el artículo 1.1 consagra “*España se constituye en un Estado Social y Democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su Ordenamiento Jurídico, la Libertad, la Justicia, la Igualdad y el Pluralismo Político*”

El Tribunal Constitucional ha señalado de manera reiterada que el artículo 1.1 del Texto Constitucional, que consagra la libertad como “valor superior” del ordenamiento jurídico español, implica el reconocimiento como principio general inspirador del mismo, de la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se le presenten, de acuerdo con sus propios intereses y preferencias.²⁰

Sin embargo, esta Libertad, entendida como valor superior, no crea por sí misma derechos fundamentales amparables por el artículo 53 CE.

No hay duda que muchos de los derechos fundamentales y libertades públicas son proyecciones del valor de libertad, pero sólo estas proyecciones concretas y singulares son las que la Constitución y el resto del Ordenamiento Jurídico ha determinado como dignas de la protección reforzada a la que anteriormente se ha hecho mención.

Por otro lado, una vez determinado que la autodeterminación del individuo, en nuestro caso del paciente, se puede entender como una manifestación de la libertad entendida como valor superior del ordenamiento jurídico, cabría preguntar que si se podría encuadrar dentro del derecho a la libertad, según el artículo 17.1 CE, y por ende serle de aplicación el régimen previsto en la propia Constitución de garantía de los derechos fundamentales.

¹⁹ Téngase en cuenta que el artículo 9.2 CE señala: “*Corresponde a los Poderes Públicos promover las condiciones para que la Libertad y la Igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.*”

²⁰ STC 132/1989, de 18 de Julio; STC 113/ 1994, de 14 de Abril.

El Alto Tribunal ha señalado que el concepto de Libertad manejado en el artículo 17.1²¹ de nuestra Carta Magna, no es de aplicación por sí mismo en lo referente a los tratamientos terapéuticos.

En la Sentencia 120/ 1990, de 27 de Junio, señala el Tribunal que no es tampoco pertinente encuadrar el problema en el ámbito del artículo 17.1 de la CE, dado que, según reiterada doctrina de este Tribunal (SSTC 126/1987; 22/1988;112/1988 y 61/1990) la libertad personal protegida por este precepto es la “libertad física”, la libertad frente a la detención, condena o internamientos arbitrarios, sin que pueda cobijarse en el mismo una libertad general de actuación o una libertad general de autodeterminación individual ,pues esta clase de libertad, que es un valor superior del ordenamiento jurídico, artículo 1.1 CE, sólo tiene la protección del recurso de amparo en aquellas concretas manifestaciones a las que la Constitución les concede la categoría de “derechos fundamentales” incluidos en el capítulo segundo de su Título I , como son las libertades a que se refieren el propio artículo 17.1 y los artículos 16, 18.1, 19 y 20, entre otros, y en esta misma línea, la STC 89/ 1987 distingue entre las manifestaciones de la multitud de actividades y relaciones vitales que la libertad hace posibles (o manifestaciones de la “libertad a secas”) y los derechos fundamentales que garantizan la libertad pero que no tienen ni pueden tener como contenido concreto cada una de esas manifestaciones en su práctica, por importantes que éstas sean en la vida del individuo”

Por tanto, conforme a dicha doctrina, la libertad de rechazar tratamientos terapéuticos, como manifestación de la libre autodeterminación de la persona no puede entenderse incluida en la esfera del artículo 17.1 de la Constitución Española.

Entonces ¿En qué medida es una manifestación de la libertad, entendida como derecho fundamental, concretamente el recogido en el artículo 17.1 CE, la libre autodeterminación de la persona?

No hay duda que la aplicación de determinados tratamientos médicos implica el uso de medidas coercitivas que en algunas ocasiones inevitablemente han de comportar restricciones a la libertad de movimiento o a la libertad física en algunas de sus manifestaciones. En estos casos concretos si se podría encuadrar en el citado artículo 17.1 CE, pero como ha quedado de manifiesto, no se puede predicar que la

²¹ El artículo 17.1 CE señala de manera literal: “ *Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley*”.

autodeterminación del paciente, en nuestro caso concreto, pueda encuadrarse sin más dentro ámbito de influencia del artículo 17.1 CE.

2º. El Principio de Autonomía en relación con el Derecho a la Vida, a la Salud y a la Integridad Física y Moral

La importancia del derecho a la vida se comprende fácilmente, pues en él se sustenta todos los demás derechos, es el soporte y la condición necesaria que va a permitir cada individuo ejercitar y desarrollar su proyecto de existencia.

Sin embargo, un repaso por la historia revela que el respeto y protección de la vida humana ha experimentado variaciones motivadas por las concepciones filosóficas, éticas, jurídicas o políticas que han dominado en cada momento, y que incluso hoy mismo sigan siendo objeto de revisión.

El artículo 15 CE proclama: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”*.

Se proclaman de esta manera en un mismo precepto constitucional, dos derechos fundamentales: el derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral, que si bien guardan una innegable proximidad teleológica, deben de considerarse distintos. Esta distinción es recogida en el Convenio Europeo de Derechos Humanos, en el cual se regulan en diferentes artículos, aunque consecutivos concretamente artículos 2 y 3, el derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral.

En lo que tiene que ver con la regulación del derecho a la vida como derecho fundamental autónomo es relativamente reciente. Los textos clásicos no solían mencionarlo. La única excepción notable, como señala el profesor Díez Picazo²², es la cláusula *due process of law*, de las enmiendas 5ª y 14ª de la Constitución de los Estados Unidos de América; según la cual nadie puede ser privado de la vida, la libertad o la propiedad sin el debido proceso legal.

La aparición de un específico derecho a la vida en la mayor parte de las declaraciones de derechos se produce después de la Segunda Guerra Mundial, sin duda como reacción frente a las atrocidades cometidas en la misma.

²² Díez Picazo, L.M.; *“Sistema de derechos fundamentales”*; Ed. Thomson Cívitas. Madrid 2003, pág. 189 y ss

Pero ¿qué debe entenderse por derecho a la vida?

No es pacífica la respuesta a esta cuestión, pues en virtud de la respuesta que se dé, el derecho a la vida podría comprender una disponibilidad absoluta por el titular del derecho o por el contrario dicho derecho se configuraría más como una obligación que como un verdadero derecho subjetivo, puesto que impondría la obligación de mantener las condiciones básicas necesarias para la vida aún en contra de la voluntad del titular del derecho fundamental. En conclusión según la concepción de lo que debe entenderse como derecho a la vida, el titular del derecho podría o no disponer de su existencia.

a) La vida como una realidad objetiva

El profesor Romeo Casabona²³ señala que como primera aproximación debe entenderse el derecho a la vida como el derecho a la propia existencia físico- biológica del ser humano, excluyéndose por tanto las persona jurídicas y de otros colectivos humanos.

Se podría hablar de un derecho individual que recae sobre la existencia misma, del que somos titulares cada uno de los seres humanos en tanto vivimos y oponible a los demás individuos y frente al propio Estado.

Concebir el derecho a la vida como una realidad físico- biológica excluye del concepto de su objeto cualesquiera valoraciones sociales que pudieran indicar qué es vida humana y qué no lo es.

Una segunda consecuencia de esta concepción del derecho a la vida es que no importa el estado, condición y capacidad concretas de prestación social del individuo, ni la calidad, racionalidad o viabilidad de dicha vida.

Sigue señalando el autor, de manera muy aguda, que en virtud de este sentido estricto, naturalista, no existe derecho a la vida, en cuanto que sería algo que nos viene dado previamente y que si bien puede haber y hay derechos sobre la vida, pero no derecho a la vida, porque antes de vivir no existe en el hombre derecho ninguno, por la sencilla razón de que sin la vida no hay hombre²⁴.

²³ Romeo Casabona, C.M.; *“El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana”*; Ed. Centro de estudios Ramón Aceres, S.A. La Laguna 2003, pág. 25 ss.

²⁴ El artículo 29 del Código Civil español señala *“El nacimiento determina la personalidad; pero el concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables, siempre que nazca con las condiciones que expresa el artículo siguiente”*

b) La santidad de la vida

En la cultura occidental se ha tendido hacia una concepción sacralizada de la vida. Tal concepción encuentra sus orígenes en la tradición judeo-cristiana²⁵, pero también ha sido admitida desde una concepción laica basada en la experiencia y la intuición.

Esta concepción de la vida ha dado a luz una serie de consecuencias, que de manera resumida podríamos decir que son:

- a.- La vida humana es preciosa y es digna de respeto y protección; el valor de lo humano no está determinado por ningún interés subjetivo o utilitario.
- b.- La vida humana no puede ser tomada sin una justificación adecuada.
- c.- El principio de la santidad de la vida es básico para nuestra sociedad y su rechazo pondría en peligro la vida humana.

c) La calidad de vida

Sin ánimo de abarcar la compleja argumentación de este concepto con la totalidad de variantes y matices, podemos decir en forma de síntesis que se fundamenta en que la vida es un valor relativo (aunque susceptible de objetivación), y como tal sólo existe mientras se mantenga en la persona un cierto nivel de calidad, entendida como la capacidad del individuo de sostener autoexperiencia y relación o comunicación con los demás, o la de asumir los propios actos.

No debe entenderse como que existen vidas humanas que tengan más calidad que otras y por tanto diferente valor, pues se considera como fundamento que todas las vidas son iguales o del mismo valor.

Según esta concepción, la vida no debe ser considerada como una mera realidad biológica, o como se ha denominado de manera gráfica el derecho a la vida no puede ser sólo el derecho a respirar.

Por lo tanto, la vida además de la realidad biológica anteriormente mencionada comprende una serie de derechos, principalmente la libertad, la autodeterminación, que confieren a esta realidad biológica la dignidad, cualidad esencial del ser humano.

²⁵ A continuación señalaré algunos textos de las escrituras bíblicas que han servido como base a una concepción sacralizada de la vida. Romanos 6: 23 “*El don que Dios da es vida eterna*”; Apocalipsis 2:10 “*te daré la corona de la vida*”; Salmos 36:9 “*Con Dios está la fuente de la vida*”.

En la actualidad se suele aceptar la necesidad de una aproximación entre las distintas concepciones del derecho a la vida. Se parte de la importancia que reviste para una eficaz protección jurídica de la vida seguir tomando como referencia básica el principio de santidad de la vida, evitando así abrir espacios en dicha protección que podrían propiciar una paulatina degradación de su valoración si se fuera apartando de tal referencia objetiva.

Sin embargo, el principio de la calidad de la vida puede ayudar a resolver situaciones límites frente a las cuales se ve impotente una rigurosa concepción sacralizada de la vida, siempre que se le despoje, como ya intentan sus partidarios, de las peligrosas connotaciones extremas de utilidad, relativismo y subjetivismo, y en la medida en que sea compatible con el principio de autodeterminación individual o de autonomía, sin olvidar la función que puede desempeñar el respeto a la dignidad de la persona como punto de encuentro de las distintas concepciones del derecho a la vida.

3º. El derecho a la vida según la doctrina del Tribunal Constitucional

El Tribunal Constitucional ha tenido oportunidad en más de una ocasión de pronunciarse sobre el derecho a la vida y a la integridad física y moral, recogidos en el ya mencionado artículo 15 de nuestra Carta Magna.

Entre las distintas sentencias dictadas por el Alto Tribunal, la que ha sido sin duda un hito en marcar y delimitar el derecho a la vida es la sentencia 53/1985, de 11 de abril. Con el propósito de no oscurecer el estudio que nos ocupa, sólo se mencionarán y de manera muy esquemática, aquellos aspectos del derecho al a vida, según la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, que tienen una relación directa con el principio de autonomía.

a) La vida como valor superior del Ordenamiento Jurídico

Una de las primeras cuestiones que abordó la aludida sentencia es que elevó el derecho a la vida de derecho fundamental a valor superior del ordenamiento jurídico, situándolo al mismo rango que los valores de Justicia, Libertad, Igualdad y Pluralismo Político²⁶.

²⁶ Artículo 1.1 CE

En este sentido determinó la mencionada resolución, en su fundamento jurídico tercero: “...*derecho a la vida, reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el artículo 15 CE, es la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional- la vida humana- y constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible*”.

b) La vida: concepto indeterminado

La sentencia de 1985 señala que la vida es un concepto indeterminado sobre el que se han dado respuestas plurívocas no sólo en razón de las distintas perspectivas (genética, médica, teológica, ética, etc.), pero que se hace necesario establecer una noción “constitucional” de la vida, que permita resolver las cuestiones que le plantean al Alto Tribunal.

En este sentido ha señalado que la vida humana es un devenir, un proceso que comienza con la gestación, en el curso de la cual una realidad biológica va tomando corpórea y sensitivamente configuración humana, y que termina en la muerte; es un continuo sometido por efecto del tiempo a cambios cualitativos de naturaleza somática y psíquica que tienen un reflejo en el “status” jurídico público y privado del sujeto vital.

En conclusión, se podría decir que la postura que adopta el Tribunal Constitucional con respecto a la vida se aproxima en gran medida a la posición naturalística, objetiva biológica, en que la vida es una realidad física demostrable por una serie de parámetros objetivos.

c) La vida, derecho fundamental de contenido positivo e indisponible por el sujeto

En la misma línea que lo apuntado anteriormente el máximo intérprete de nuestra Norma Fundamental en la sentencia 120/ 1990, de 27 de junio proclamó textualmente: “*El derecho fundamental de la vida, en cuanto derecho subjetivo, da a sus titulares la posibilidad de recabar el amparo judicial y, en último término, el de este Tribunal frente a toda actuación de los poderes públicos que amenace su vida o su integridad.*”

De otra parte y como fundamento objetivo del ordenamiento impone a esos mismos poderes públicos y en especial al legislador, el deber de adoptar las medidas necesarias para proteger esos bienes, vida e integridad física,, frente a los ataques de

terceros, son contar para ello con la voluntad de sus titulares e incluso cuando ni siquiera quepa hablar, en rigor, de titulares de ese derecho”.

Como consecuencia de lo anterior, se ha impedido configurar el derecho a la vida como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa disposición constituye una manifestación del “agere licere”, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe pero en ningún modo implica un derecho subjetivo que permita la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni mucho menos un derecho subjetivo de carácter fundamental.

En virtud de lo expuesto ya se puede señalar que no es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a disponer de la propia vida y por consiguiente el derecho a la propia muerte.

Por lo tanto, una vez establecido que la muerte no es un derecho fundamental, sino simplemente manifestación de libertad genérica, es oportuno señalar, sigue recogiendo la sentencia, la relevancia jurídica que tiene la finalidad que persigue el acto de libertad de oponerse a la asistencia médica, puesto que no es lo mismo usar de la libertad para conseguir fines lícitos que hacerlo con objetivos no amparados por la ley, y, en tal sentido, una cosa es la decisión de quien asume el riesgo de morir en un acto de voluntad que sólo a él afecta (vg. La negativa a un tratamiento médico que se considere vital) , en cuyo caso podría sostenerse la ilicitud de la asistencia médica obligatoria o de cualquier otro impedimento a la realización de esa voluntad, y cosa bien distinta es la decisión de quiénes hallándose en el seno de una relación especial penitenciaria, arriesgan su vida con el fin de conseguir que la Administración deje de ejercer o ejerza de distinta forma potestades que le confiere el ordenamiento jurídico; pues en ese caso, la negativa a recibir asistencia médica sitúa al Estado, en forma arbitraria, ante el injusto de modificar una decisión que es legítima mientras no sea judicialmente anulada, o contemplar pasivamente la muerte de personas que están bajo su custodia y cuya vida está legalmente obligado a preservar y proteger.

Por lo tanto podríamos concluir que el derecho constitucional recogido en el artículo 15 CE resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, aún a riesgo de su propia vida y que puede venir determinada por los demás variados móviles y no sólo por el de morir. Por consiguiente, esa asistencia

médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional.

4º. La autodeterminación como elemento de la dignidad de la persona

A pesar de que la dignidad de la persona ha estado presente desde antiguo en los pensadores de las más diversas tendencias, no se ha conseguido deslindar su preciso significado.

Entendemos que en el estudio del principio de autodeterminación no podíamos eludir el análisis de la dignidad de la persona y por ello, aunque sea de manera breve, trataremos de establecer las líneas básicas y las consecuencias jurídicas de la dignidad de la persona.

El profesor Romeo Casabona ha señalado que la dignidad de la persona implica una determinada concepción del ser humano y supone el reconocimiento de su calidad de ser humano en cuanto tal, por el mero hecho de serlo. Esta primera afirmación ha servido para establecer el tradicional reconocimiento de la *superioridad* del hombre frente a los demás seres u objetos de la naturaleza; pero al mismo tiempo, ha servido para argumentar la condición de estricta igualdad en relación con los demás seres humanos. Esa doble proyección de superioridad/ igualdad la posee todo ser humano con independencia de sus circunstancias personales y sociales.

A su vez, consecuencia de lo anterior es que el ser humano no puede ser objeto de ningún tipo de *discriminación*, ni utilizado como *instrumento* para el logro de fines que le son ajenos, por muy valiosos que éstos sean.

En el sentido que dijera Kant “*el hombre es un fin en sí mismo*” de tal manera que se debe obrar tomando al hombre como fin y nunca como simple medio o instrumento.

Por otro lado, su condición de ser racional implica su *autonomía moral*, en el sentido de la conciencia valorativa ante cualquier norma y cualquier modelo de conducta. El ser humano respeta las normas porque las acepta, no por instinto como sucede con los seres irracionales, para ello debe conocerlas en el contexto social en el que desarrolla su vida.

En esta misma línea argumentativa se podría decir que la libertad es inherente a la dignidad de la persona, el hombre es dueño de sí mismo o con palabras de Immanuel Kant: “*La autonomía es por tanto el fundamento de la dignidad de la naturaleza*”

humana y de cualquier otra racional". Esta autonomía moral permite fundamentar la idea de diferenciación de cada individuo de los demás seres humanos y de su correlativa identidad como ser único.

En su proyección jurídica, el respeto a la dignidad humana lleva consigo la idea de legitimación democrática, y significa al mismo tiempo su reconocimiento como principio material de justicia. Por lo que si bien el derecho tiene fuerza obligatoria por su mera positividad, por su virtud de superar el *bellium omnium contra omnes* (la guerra civil), en el caso de infracción grave del principio material de justicia, que lo legitima, del respeto a la dignidad de la persona humana, carecerá de fuerza obligatoria y dada su injusticia será preciso negarle el carácter de Derecho.

La dignidad humana ha traspasado el modelo teórico, necesario para fundamentar la naturaleza humana y por tanto la necesidad de reconocerle unos derechos innatos, para implantarse en la mayoría de tratados y convenios internacionales.

Así en España el artículo 10.1 CE proclama: "*La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social*".

El Tribunal Constitucional²⁷ ha señalado que indisolublemente relacionado con el derecho a la vida en su dimensión humana se encuentra el valor jurídico fundamental de la dignidad de la persona, reconocido en el artículo 10 como germen o núcleo de unos derechos que le son inherentes.

La relevancia y significación superior de uno y otro valor y de los derechos que los encarnan se manifiesta en su colocación misma en el texto constitucional, ya que el artículo 10 es situado a la cabeza del título destinado a tratar de los derechos y deberes fundamentales, y el artículo 15 a la cabeza del capítulo donde se concretan estos derechos, lo que muestra que dentro del sistema constitucional son considerados como el punto de arranque, como el *prius* lógico y ontológico para la existencia y especificación de los demás derechos.

En el mismo sentido se pronunció el máximo intérprete de nuestra Constitución en la ya citada sentencia 120/1990, de 27 de junio, en la que además se puntualizó que la dignidad de la persona proyectada sobre los derechos individuales debe permanecer

²⁷ STC 53/1985, de 11 de abril.

inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre, constituyendo un *minimum invulnerable* que todo ordenamiento jurídico debe asegurar, de tal manera que independientemente de las limitaciones que se impongan al disfrute de derechos individuales, nunca conlleven menosprecio para la estima, que en cuanto ser humano, merece la persona..

Junto al valor jurídico fundamental de la dignidad de la persona, no se puede ignorar, que se halla íntimamente vinculada con el libre desarrollo de la personalidad²⁸, y los derechos a la integridad física y moral, a la libertad ideológica, al honor y a la intimidad, entre otros. Por lo que del sentido de estos preceptos puede deducirse que la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la *autodeterminación* consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de todos los demás.

El principio de autonomía encuentra su proyección en nuestro ordenamiento jurídico por el denominado Consentimiento Informado y por lo que recientemente se le ha llamado como Instrucciones Previas, que serán objeto de estudio en las siguientes partes de este trabajo.

²⁸ Recuérdese que el libre desarrollo de la personalidad se recoge, al igual que la dignidad, en el apartado 1^a del artículo 10 CE

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

I.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El documento perdurable que ha servido de punto de partida y de sustento a la ética médica occidental ha sido el Juramento Hipocrático²⁹. El principio de autonomía del paciente no fue contemplado en dicho documento. Al contrario, la actitud hipocrática consideraba al paciente como un sujeto incapaz para tomar decisiones autónomas, el paternalismo médico, que la caracterizó, entronizó la heteronomía como requisito indispensable de un buen acto médico. El principio de beneficencia, entendido éste como buscar el bien del paciente aún en contra de su voluntad, ha persistido hasta la edad contemporánea.

Aunque existe un caso aislado de sentencia condenatoria por falta de información en el siglo XVIII (Slater frente a Baker & Stapleton) en Inglaterra, fue en los Estados Unidos de América en el siglo XIX donde más se desarrolló el principio de autonomía del paciente, hasta que ya a principios del siglo XX fue cuando expresamente se habló de “autodeterminación”.

Tras la Segunda Guerra Mundial y a raíz de las aberraciones cometidas por los nazis en el campo de la investigación médica, se dictó el Código de Nüremberg³⁰ (1947)

²⁹ Hipócrates nació en la isla de Cos, el año 460 a. C., está considerado como el más importante médico de la antigüedad. Valoró la enfermedad desde el punto de vista humano, desprovisto del factor religioso, y la consideró como un proceso natural contra el que el médico debía luchar. A Hipócrates se le atribuye el famoso Juramento que lleva su nombre. Este Juramento está contenido en el Corpus Hipocraticum, que fue reunido hacia el año 300 a.C. para la biblioteca de Alejandría. En una de sus versiones se señala de manera literal: “Juro por el médico Apolo, por Esculapio y todos los poderes de la salud y de la curación, en presencia de los dioses y diosas, el siguiente juramento, que procuraré cumplir fielmente: Daré siempre mis recetas para bien de los pacientes, según mi ciencia y conciencia, y no dañaré nunca a nadie. Nunca procuraré a nadie un veneno mortal, aunque él me lo pidiera, ni aconsejaré nunca nada que pueda tener por consecuencia la muerte. Jamás procuraré a una mujer un medio para matar el fruto de su vientre, sino que guardaré siempre pura y diligentemente mi vida y mi arte médica. A fin de no poner en peligro los órganos viriles de la generación no operaré nunca por mí mismo los cálculos vesicales, sino que dejaré esa intervención a cirujanos facultativamente formados. En cualquier casa que entrare, sólo la pisaré para bien de mis pacientes, y me abstendré de todo placer, especialmente de todo placer sensual con hombres o mujeres, ora se trate de libres o de esclavos. Callaré sobre las cosas de que tenga conocimiento por el tratamiento de mis pacientes y hasta sobre cosas discretas que conozca fuera de ese trato, y las guardaré para mí como un secreto sagrado. Si guardare este juramento, goce yo de mi vida y de mi arte médica ante todos los hombres y por todos los tiempos; mas si fuese perjuro, caiga sobre mí toda desgracia.”

³⁰ A continuación se transcribe una traducción de dicho código: *El gran peso de la evidencia ante nosotros demuestra que algunos tipos de experimentos médicos, en humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen -generalmente- la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otro método de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales.*

1) *El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona envuelta debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; debe estar situada en tal forma que le permita ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier otro elemento de fuerza, fraude,*

por el cual se establecía un Código ético que exigía el consentimiento “voluntario” del sujeto. Pero dicho consentimiento estaba enfocado a la investigación clínica y no al trato entre médico y paciente. Tampoco la Declaración de Derechos Humanos del año siguiente supuso un cambio significativo en la asistencia sanitaria.

También en Italia y como consecuencia de lo señalado anteriormente, la Constitución de 1947 proclama el derecho a la protección de la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad y a diferencia de nuestra Constitución, añade un segundo párrafo, del siguiente tenor literal: *"Nadie puede ser obligado a un determinado tratamiento sanitario si no es por disposición de la Ley. La Ley no puede en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto a la persona humana"*.

Por lo tanto, el tratamiento sanitario sólo es legítimo si concurre alguno de estos dos requisitos: voluntad del sujeto o que fuera obligado por Ley si bien en este supuesto se establece como límite el respeto a la persona humana.

engaño, coacción o algún otro factor posterior para obligar a coacer, y debe tener el suficiente conocimiento y comprensión de los elementos de la materia envuelta para permitirle tomar una decisión correcta. Este último elemento requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto sometible al experimento debe explicársele la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se conducirá, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre la salud o persona que pueden derivarse posiblemente de su participación en el experimento.

El deber y la responsabilidad para determinar la calidad del consentimiento recaen sobre el individuo que inicia, dirige, o toma parte del experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada a otra persona con impunidad.

2) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, que no sean procurables mediante otros métodos o maneras de estudio, y no debe ser escogido al azar ni ser de naturaleza innecesaria.

3) El experimento debe ser diseñado y basado en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad u otro problema bajo estudio de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

4) El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento y daño innecesario sea físico o mental.

5) Ningún experimento debe ser conducido donde hay una razón «a priori» para asumir que puede ocurrir la muerte o daño irreparable: menos, quizás, en aquellos experimentos donde los realizadores del mismo también sirvan como sujetos de experimentación.

6) El grado de riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema a ser resuelto por el experimento.

7) Se deben proveer las precauciones adecuadas y tener facilidades óptimas para proteger al sujeto envuelto de la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.

8) El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. El grado más alto de técnica y cuidado deben ser requeridos durante todas las etapas del experimento, bien de quienes lo conducen así como de los que toman parte de éste.

9) Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poner fin a éste, si ha llegado al estado físico o mental donde la continuación del experimento le parece imposible.

10) Durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento, si tiene razones para creer -en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede resultar en lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación”

Sin embargo, fueron los procesos judiciales estadounidenses los que alertaron a la opinión pública y fueron modificando la relación médico-paciente, con mayor trascendencia en los Estados Unidos y de forma más tardía y atenuada en Europa. En el proceso judicial de Salgo contra Stanford (1957) el juez Brody dictaminó: “...los médicos violan sus deberes con sus pacientes y se exponen a demandas si se ocultan hechos que son necesarios para formar la base de un consentimiento informado inteligente por el paciente respecto al tratamiento propuesto”.

Es la primera vez que se emplea la expresión **consentimiento informado** dejando clara la adecuación de la información y la obligatoriedad de conseguir el consentimiento del paciente.

La Declaración de Helsinki de 1964³¹ adoptada por la Asamblea Médica Mundial señaló, al igual que el Código de Nüremberg, como principio ético médico la necesidad del consentimiento de la persona que era sometida a investigación clínica e insistió en la necesidad de crear organismos que se encargasen de asegurar la calidad de los protocolos de investigación. A partir de este momento nacieron los Comité de Ensayos Clínicos, sin embargo a diferencia del Código de Nüremberg en esta Declaración se prevé la posibilidad de que dicha investigación se combine con la atención médica, exigiendo en ésta también la necesidad del consentimiento.

Por otro lado, en la década de los sesenta había aumentado considerablemente el número de experimentos³² y como consecuencia de los mismos comenzaron a plantearse cuestiones éticas preocupantes como eran el respeto y la salvaguarda de la dignidad humana por encima de todo avance médico o científico. En 1970 culminan una

³¹ Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y modificada por las:

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989; 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

³² Entre los años 1959 y 1962 nacieron unos 8.000 niños con malformaciones congénitas severas a consecuencia de la ingesta por la madre de Thalidomida durante la gestación. Se trataba de un medicamento estudiado en Alemania en 1953 y comercializado en 1957. Las embarazadas lo usaban para aliviar sus molestias. Otros sucesos relacionados con la investigación revolucionaron la opinión pública mundial, en los años 40, en Alabama (Estados Unidos), fueron reclutados 600 enfermos Sifilíticos de raza negra para un estudio observacional auspiciado por instituciones asistenciales y universitarias norteamericanas públicas. Para poder observar la evolución natural de la enfermedad, estos pacientes fueron sometidos a controles seriados, evitando tratarlos incluso tras el descubrimiento de la penicilina. En 1963, en un Hospital Judío de Brooklyn, fueron inyectadas células cancerosas vivas a un grupo de ancianos. También dentro de un protocolo de investigación, en Nueva York se inoculó el virus de la hepatitis a una serie de niños afectados de minusvalías psíquicas. En Marzo del año 2.000, el ministro de Asuntos Sociales de Suecia dio a conocer que, entre 1935 y 1975, se esterilizó a 63.000 personas por “razones de higiene social y racial”, y se realizó con un gran consenso de todos los partidos políticos al elaborar las leyes eugenésicas de 1934 y 1941. Un 93% eran mujeres: unas por ser minusválidas, otras por ser miopes, etc...

serie de protestas reclamando la protección de los participantes en la investigación de nuevos medicamentos. Esta posible amenaza a los valores humanos llevó al Congreso de los Estados Unidos a nombrar a una comisión: *The National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical Research*. Esta comisión se reunió a las afueras de Baltimore, en el Belmont Center, y elaboró el documento conocido como **Informe Belmont** (1978). Este informe se compone de dos partes básicas. En la primera parte se establecen los criterios para diferenciar entre Práctica Médica e Investigación. En la segunda parte se establecen los principios éticos básicos de los que resalta el Respeto por las Personas. Si bien este Informe estaba especialmente pensado para la regulación ética en la práctica de la investigación científica más que en el trato al paciente.

El 4 de Abril de 1997 en Oviedo, Asturias, se aprueba el *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*. A diferencia de las anteriores declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los Estados que lo suscribirían. En el citado Convenio, concretamente en el artículo 1 se recoge de manera literal: “*Las Partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y a la medicina.*”

Cada Parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio”, por lo que supone una novedad el recoger, en un Convenio de esta naturaleza, el respeto a la dignidad humana así como a sus derechos y libertades fundamentales en la aplicación de la medicina, en el trato diario médico paciente. Con respecto a la aplicación de la biología y la medicina el artículo 5 del citado texto señala: “*Regla General. Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.*”

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”

Por lo tanto, la exigencia del consentimiento del paciente se reconoce en este Convenio de manera expresa, como regla general y previa para cualquier intervención médica y no sólo para los supuestos de investigaciones clínicas.

En este sentido se podría decir que el Convenio de Asturias de 1997 es pionero en reconocer expresamente la necesidad del consentimiento del paciente.

El Principio de Autodeterminación traspasa el ámbito de actuación conocido hasta entonces, reservado a las investigaciones clínicas, y se coloca no sólo como principio ético fundamental por encima de los principios clásicos de Beneficencia, No Maleficencia y Justicia, en el ámbito de la relación cotidiana de médico-paciente, sino que además se coloca como marco jurídico fundamental que debe ser respetado por las legislaciones internas de los países que suscribirían dicho convenio.

La introducción del Principio de Autonomía a la ética médica como fundamento no solo moral sino también jurídico ha traído consigo una verdadera revolución en el ejercicio profesional de la cual muchos médicos y muchos pacientes aún no han hecho conciencia.

II.- LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

1º. La etapa anterior a la Ley General de Sanidad de 1986

Los derechos de los enfermos hospitalarios fueron recogidos por vez primera en la Orden Ministerial de 7 de Julio de 1972, que aprobó el Reglamento General para el régimen, gobierno y servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social cuyo artículo 148 proclamaba el derecho del paciente a autorizar bien directamente o bien a través de sus familiares y allegados las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que impliquen riesgo sanitario previsible, así como a ser advertidos de su estado de gravedad. Sin embargo, el Reglamento no salvaba el derecho del enfermo a negarse al tratamiento, aunque reconocía el derecho al alta voluntaria siempre que las disposiciones sanitarias y legales así lo permitan, si bien este Reglamento se refería única y exclusivamente a los hospitales de la Seguridad Social.

Con la pretensión de aplicación a todos los hospitales públicos, se dicta el RD 2082/78, de 25 de agosto, sobre garantías de los usuarios de hospitales públicos, que proclamaba el derecho del enfermo asistido a la previa conformidad y consentimiento expreso y por escrito para aplicar medios terapéuticos o realizar intervenciones que entrañasen grave riesgo para su vida o previsiblemente se derivasen lesiones o

mutilaciones permanentes, a menos que la urgencia y gravedad del caso hicieran indispensable, a juicio del facultativo, la aplicación o intervención inmediata.

El derecho al consentimiento se completa con la libertad de abandono del hospital y salida inmediata del establecimiento, es decir, el alta voluntaria, pero renunciando a cualquier reclamación de indemnización y salvo que pudiera producirse riesgo grave para la vida del paciente o de terceros, en cuyo caso se pondría el asunto en conocimiento de la autoridad judicial.

Sin embargo, el citado Real Decreto es posteriormente declarado nulo por un defecto formal, ya que no se había efectuado la preceptiva consulta al Consejo de Estado.

En la Constitución Española de 1978 no se recoge un reconocimiento expreso de los derechos del paciente. En el artículo 43³³ de la citada Carta se reconoce el derecho a la protección a la salud como objetivo que corresponde garantizar a los Poderes Públicos a través de los principios señalados en los apartados segundo y tercero.

En 1984, el Seminario Conjunto del Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo propusieron que fueran las sociedades científicas las que acordasen los procedimientos de cada especialidad tributarios del consentimiento informado.

En ese mismo año el INSALUD puso en marcha un Plan de Humanización de la Atención Sanitaria con el objetivo primordial de implantar una Carta de Derechos y Deberes del paciente. En la misma se consagraba el derecho del paciente o de su representante a recibir completa, continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento, sus riesgos y pronóstico, que debería ser facilitada en un lenguaje comprensible y en caso de que el paciente no quisiera o no pudiera manifiestamente recibir dicha información, ésta debería ser proporcionada a sus familiares o personas legalmente responsables, términos que en su momento inspiraron la Ley General de Sanidad. No obstante, la importancia de dicha Carta fue escasa y su aplicación nula.

³³ Dicho artículo se incardina dentro del Capítulo Tercero, que lleva como rúbrica “*De los Principios Rectores de la Política Social y Económica*”, del Título Primero “*De los Derechos y Deberes Fundamentales*”.

2º. La etapa posterior a la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986

La Ley General de Sanidad se concibió como el instrumento de efectividad del derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 43 de la Constitución, del que viene a ser su desarrollo legislativo, el derecho al consentimiento informado y a la información sanitaria.

La Ley General de Sanidad de 1986 elevó los derechos de los pacientes a muy alto rango. El artículo 10 el cual está dividido en catorce puntos, de los que interesa destacar el apartado 5º señala como uno de los derechos del paciente : “*A que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento*”.

En el punto 6º el legislador menciona cuatro excepciones (urgencia, incompetencia del paciente, imperativo legal y riesgo para la salud pública), no mencionado el *privilegio terapéutico* y el rechazo a la información, omisión que es de un antipaternalismo suicida contrastando con el paternalismo subido al eximir de consentimiento si existe peligro de fallecimiento (punto 10.6.d). En el apartado 10.9º se comenta que quien se niega a un tratamiento debe solicitar el alta voluntaria (no se entiende que deba solicitarse algo voluntario), lo que parece una coacción al paciente a admitir el tratamiento ofertado y a exonerar de responsabilidad de todo tipo a los ofertantes de dicho tratamiento.

Sin embargo la doctrina había puesto de manifiesto la insuficiencia e inconcreción de la Ley General de Sanidad en relación a los elementos y formas de información, por lo que se apreciaba la necesidad de una norma jurídica que incorporara los elementos nucleares relativos a la información sanitaria y que debido a que afectaría a derechos fundamentales, dicha norma jurídica debería tener al menos rango de ley formal.

En definitiva parecía existir contradicciones de fondo y forma que podían explicar la difícil y controvertida aplicación de la Ley.

El Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina, realizado en Oviedo en 1996 y aprobado en abril de 1997, entró en vigor en España en enero del año 2.000, hizo necesaria una revisión de la Ley de 1986 y en este sentido ya en el año 2002 se dicta la Ley 41/2002 “*Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*”

La citada norma tiene como finalidad adaptar nuestra legislación al Convenio de Oviedo y de remarcar los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias³⁴. En su artículo 2º, dentro de los principios básicos, se recogen explícitamente la necesidad del **previo consentimiento** de los pacientes y usuarios y que el mismo sólo puede obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada y que en determinados supuestos legalmente previstos, será necesario de que conste por escrito. El respeto a la autonomía del paciente se regula en dicha ley de manera detallada en el capítulo IV dedicándole desde el artículo 8º al 13º.

III.- EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO EXPRESIÓN DE LA AUTONOMÍA

Se ha considerado que el consentimiento del paciente como requisito de los tratamientos médicos irrumpe en el mundo de la medicina como resultado de la expansión de las ideas de libertad individual y autonomía personal. Se constata el desarrollo de la idea de libertad previamente en los campos de la actividad social, como la religión, la política, la economía, etc. en una tendencia expansiva que explicaría en buena parte el desarrollo de la historia social.

En este proceso colonizador, el principio de autonomía va a irrumpir en mundo de la medicina, donde va a colisionar con una mentalidad paternalista asentada a lo largo de la historia de la medicina.

Desde los orígenes de la medicina la personalidad del paciente era considerada en la práctica clínica con una función únicamente terapéutica y sólo a partir de finales del siglo XVIII, va a ser tenida en cuenta también en la actividad diagnóstica, en la idea de que una enfermedad no puede ser bien diagnosticada sin conocer con alguna precisión la personalidad del paciente. Esta nueva forma de *personalización de la enfermedad* le debe mucho al psicoanálisis, una de cuyas principales contribuciones a la medicina ha sido el reconocimiento de la recíproca influencia operativa entre la vida anímica y la actividad orgánica. En este momento la preocupación por conocer la forma de ser, las necesidades y los deseos del paciente, hacen que se introduzca en la relación médica la atención a la personalidad del enfermo, pero a partir de una preocupación por la mejor marcha de la labor curativa y no por el respeto a la autonomía del paciente. La

³⁴ Exposición de motivos de la Ley 41/2002.

consideración del paciente como un sujeto capaz de decidir por sí mismo sobre los tratamientos médicos, se presenta como una tercera fase en este proceso de personalización progresiva de la relación médica.

En este nuevo desarrollo de la personalización de la enfermedad, derivado ya del principio de autonomía del sujeto, se ha reconocido el decisivo papel que ha jugado la perspectiva jurídica, al tenerse en cuenta que el valor autonomía es un valor eminentemente jurídico, que actuará frente al valor beneficencia que es un valor típicamente médico. No obstante, esta afirmación no es concluyente, en el sentido de que también la ética reclama para sí un papel protagonista en el desarrollo de idea de autonomía individual, incluso con anterioridad a la intervención del derecho.

La forma en que la libertad y el principio de autonomía personal se ha ido abriendo paso en el campo de las relaciones médico paciente ha sido a través de la noción de consentimiento del paciente, considerado como requisito necesario para legitimar los tratamientos médicos. Con la institución del consentimiento se pretende desarrollar en este ámbito particular la idea de libertad.

Pero, puede decirse además que la noción de consentimiento se fundamenta en un derecho de la persona a disponer de su salud y de su propia vida siempre que no perjudique a terceros. En este caso el enfermo recibe toda la información disponible y actúa conforme a su criterio personal. Esta es la versión que más se ajusta a la relación establecida entre consentimiento y autonomía: toda la información relevante y todo el margen de decisión en manos del enfermo adulto y responsable para decidir sobre la forma en que es tratado su cuerpo y planificada su salud. Esta versión continúa viva pese al intento de encajar la noción de consentimiento en otros moldes más estrecho.

IV.- CONCEPTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El término consentimiento informado ha sido tomado del término anglosajón *informed consent*. No cabe duda, que de una primera impresión, se advierte claramente una importancia del término información, pues ésta es fundamental para que un paciente, profano en medicina, pueda dar su consentimiento.

Al mismo tiempo, y como ha apuntado el profesor Romeo Casabona, entre otros autores, el término “consentimiento informado” es una expresión tautológica. Porque dentro del significado de consentimiento se encuadra el de información. En el sentido, que el sujeto para poder expresar una declaración de voluntad válida, es preciso que lo

haga en base a un conocimiento adquirido, y dicho conocimiento sólo es accesible al sujeto mediante una información adecuada y veraz. En el caso de ausencia, deficiencia o información falsa, bien por exceso por una generalidad vaga e imprecisa de la información o bien por defecto de ésta, que produzca un conocimiento viciado por el sujeto, dará como consecuencia una declaración de voluntad viciada y a su vez un consentimiento inválido. El consentimiento del paciente o usuario se extenderá en cuanto a su validez y eficacia, hasta dónde haya sido informado. El paciente tiene que saber lo que consiente, “*nihil volitum quem praecognitum*”, nada es querido si antes no es conocido.

Si bien, viene aceptándose el término consentimiento informado, a pesar de lo manifestado anteriormente, por ser una traducción literal del término *informed consent* y en segundo lugar porque al hacer referencia al término *informado*, se da énfasis a la obligación del personal médico a informar a los pacientes y usuarios de los servicios sanitarios.

El colegio de médicos americano definió el consentimiento informado como la “*la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad ,así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente*”

Sin embargo, el Profesor Galán Cortés distingue las distintas etapas que han presidido el desarrollo del término Consentimiento Informado como consecuencia del desarrollo jurisprudencial elaborado en Estados Unidos a raíz de la resolución del Tribunal de Nueva York de fecha 1914 y con ocasión del caso *Schloendorff versus Society of New York Hospital*, concretándolas en las cuatro siguientes: 1) La primera etapa, denominada “consentimiento voluntario” (1947), surge como consecuencia de los crímenes del Instituto de Frankfurt para la Higiene Racial y de los campos de concentración nazi.

Al margen de lo expuesto, en nuestro país el término consentimiento informado no sólo ha sido aceptado por la doctrina, sino que ha sido adoptado también por el legislador.

1º. La Legislación Estatal

A nivel estatal el legislador ofrece en la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes un catálogo de definiciones legales de algunos conceptos que se utilizan reiteradamente en la norma, aunque se utilizan otros a lo largo del articulado que no quedan definidos³⁵. En este sentido la Ley 41/2002 sigue el mismo criterio que las legislaciones autonómicas que previamente habían regulado el Consentimiento Informado.

Es aceptado, y mucho más en este caso en que la regulación del Consentimiento Informado es completamente novedoso para nuestro derecho, que el propio autor de la norma jurídica pueda llevar a cabo una función interpretativa de dicha norma, bien se realice esta función desde un plano general o bien se concrete en la solución de casos singulares. En este último supuesto se está en el caso de "*interpretación auténtica*" que se produce cuando la declaración con función interpretativa emana de la misma persona o del mismo órgano del que emana la disposición interpretada. Un elemento diferenciador de la interpretación auténtica de otras interpretaciones (jurisprudencial y doctrinal) es que la interpretación auténtica es vinculante.

Este es el caso de las definiciones legales recogidas en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, a través de las cuales el legislador nos ofrece la interpretación, alcance y finalidad de determinadas instituciones que aparecen reguladas después en los siguientes artículos de la norma jurídica.

Algunas de dichas definiciones legales que consideramos importantes para nuestro estudio, son:

Consentimiento informado: "*La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.*"

³⁵ Según Ramos Martín Vegue, A.J. en la Ley se recogen otros términos que no son definidos por dicha ley tales como: Profesional Sanitario, Persona vinculada al paciente, Representante Legal del paciente, Intervención Quirúrgica, Procedimiento Diagnóstico Invasor, Procedimiento Terapéutico Invasor, Servicio de Salud, Servicio Sanitario, Institución Asistencial, Proceso Asistencial, Tercero.

Libre Elección: *"la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso."*

Información Clínica: *"todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla."*

Intervención en el ámbito de la sanidad: *"toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación."*

Paciente: *"la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud"*.

Usuario: *"la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria"*

2º. La Legislación Autonómica

Algunas Comunidades Autónomas han establecido su propio régimen legal en relación con los derechos de los pacientes y usuarios de la sanidad pública, y dentro de éstos el consentimiento informado y la historia clínica como documento depositario de la información relevante para el paciente.

Actualmente se ha legislado sobre el Consentimiento Informado en las Comunidades Autónomas del País Vasco, Cataluña, Galicia, Navarra, Valencia y Castilla León.

País Vasco

Carta sobre los derechos y deberes de pacientes y usuarios de Osakidetza (Servicio de Salud), de 1989

Cataluña

La Ley 21/2000, de 29 de diciembre, *Sobre los Derechos de Información Concernientes a la Salud y a la Autonomía del Paciente, y a la Documentación Clínica* señala en el artículo 6.1 *"El consentimiento informado. Cualquier intervención en el*

ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre y haya sido previamente informada del mismo, de acuerdo con lo establecido por el artículo 2. 2. Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se llevan a cabo procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente.”

Galicia

La Ley 3/2001, de 28 de mayo, *Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes* en su artículo 3 proclama: “A los efectos de la presente ley, se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables.

La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico.

2.-Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, todo paciente tiene derecho a la información general que se contempla en el artículo 10.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.”

Teniendo en cuenta que el apartado 5 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad ha sido derogado por la Disposición Derogatoria Única de la Ley 41/2002, habrá que entender que dicha remisión será a los artículos 4 y 5 de esta última Ley citada.

Por otro lado, al igual que la Ley estatal la Ley autonómica gallega opta por establecer una definición legal de Consentimiento Informado.

Navarra

La Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, “*Sobre los Derechos del Paciente a las Voluntades Anticipadas, a la Información y a la Documentación Clínica*” en el artículo 7 se recoge: “*Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada, de acuerdo con lo establecido por el artículo 2. Dicho consentimiento debe realizarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos*

diagnósticos invasores y, en general, cuando se llevan a cabo procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir en la salud del paciente. El consentimiento puede ser revocado libremente en cualquier momento.

2. El documento de consentimiento debe ser específico para cada episodio clínico, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general. Dicho documento debe contener información suficiente sobre el procedimiento de que se trate y sobre sus riesgos.

Valencia

La Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de *Derechos e Información al Paciente* en su artículo 8 señala: “*Se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud.*

2. El consentimiento debe ser específico para cada intervención diagnóstica o terapéutica que conlleve riesgo relevante para la salud del paciente y deberá recabarse por el médico responsable de las mismas.

3. En cualquier momento, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”.

Castilla y León

La Ley 8/2003, de 8 de abril, *Sobre Derechos y Deberes de las Personas en Relación con la Salud* en el artículo 4 recoge de manera literal: “*El consentimiento deberá recabarse por el médico designado por el centro sanitario para la atención del paciente o por el que practique la intervención diagnóstica o terapéutica del propio paciente.*

El paciente tendrá también derecho a que se tome en consideración su voluntad, expresada con anticipación ante el personal facultativo del centro sanitario cuando no se encuentre en situación de manifestarla en el momento de la intervención y conste por escrito debidamente firmada.”

V.- PRESUPUESTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por consentimiento ha de entenderse el acuerdo de dos voluntades, el encuentro de dos declaraciones de voluntad que, partiendo de dos sujetos diversos, se dirigen a un fin común y se unen. Supone, pues, la existencia de dos sujetos cuyas voluntades coinciden sobre un mismo objeto, expresa o tácitamente y simultánea o sucesivamente.

El consentimiento de una persona o la conducta de otra, en cuanto acto que puede producir consecuencias de orden jurídico, es un *acto jurídico* y como tal, ha de reunir unos requisitos mínimos, relativos a la adecuación subjetiva, objetiva y formal del acto para producir los efectos previstos. Teniendo en cuenta los artículos 1.261³⁶ y siguientes del código civil, se desprende que los requisitos esenciales del consentimiento son: capacidad, titularidad, libertad, licitud del objeto, forma y tiempo

1º. Capacidad.-

Capacidad es la aptitud de las personas para realizar actos con trascendencia jurídica. Esta capacidad se traduce en la necesidad de tener unas condiciones de madurez, que se presume que se tienen con determinada edad, y con la aptitud de poder dirigir su conducta conforme a su voluntad.

a) Edad.-

El artículo 1.263 del código civil señala: “*No pueden prestar consentimiento: 1º Los menores³⁷ no emancipados. 2º Los incapacitados.* Y el artículo 1.264 también del código civil proclama, con carácter general, que la incapacidad declarada en el artículo anterior está sujeta a las modificaciones que la ley determina, y se entiende sin perjuicio de las incapacidades especiales que la misma establece.

Por lo tanto, a contrario sensu, se puede decir conforme al código civil que los mayores de edad, los menores emancipados y que no se encuentren incapacitados tienen capacidad para prestar el consentimiento informado.

³⁶ El artículo 1.261 del código civil español proclama: “*No hay contrato sino cuando concurren los requisitos siguientes: 1º Consentimiento de los contratantes. 2º Objeto cierto que sea materia del contrato. 3º Causa de la obligación que se establezca.*” Y en esta misma línea el artículo 1.262 del mismo cuerpo legal señala que el consentimiento se manifiesta por el concurso de la oferta y de la aceptación sobre la cosa y la causa que han de constituir el contrato.

³⁷ El artículo 12 CE señala: “*Los españoles son mayores de edad a los dieciocho años*” En este mismo sentido, el artículo 315 del código civil establece que la mayor edad empieza a los dieciocho años cumplidos.

Por otro lado, el artículo 162, del citado cuerpo legal, establece que los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados, exceptuándose los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo.

Por lo cual, al ser el consentimiento informado un acto personalísimo y referido a derechos de la personalidad, podría prestar el consentimiento informado el menor no emancipado.

La Ley 41/2002, sigue el mismo criterio lo señalado en el código civil y concretamente el artículo noveno, en su apartado tercero en la letra C establece que se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

A manera de recapitulación, cabe señalar que tienen capacidad para prestar el consentimiento informado las siguientes personas:

- 1.- Los mayores de edad.
- 2.- Los mayores de dieciséis años, estén o no emancipados.
- 3.- Los menores no emancipados, cuando sean capaces intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

Deberán al menos ser oídos, los menores no emancipados, que no sean capaces intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención y que sean mayores de doce años.

Sin embargo, se establecen tres excepciones a lo anteriormente señalado; el apartado cuarto del artículo noveno de la Ley antes mencionada, señala que para los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de reproducción asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

b) Causas de incapacidad para prestar el consentimiento.-

La letra *b* del apartado tercero del artículo noveno de la Ley 41/2002 proclama que se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

En el mismo sentido, el apartado 2º del artículo 1.263, del código civil, señala que no pueden prestar el consentimiento los incapaces. Según el artículo 199 del mismo texto legal señala que nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la ley, dichas causas son recogidas en el artículo siguiente que establece como causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

Pero existen supuestos en los que aún la persona teniendo edad suficiente y no estando incapacitada, exige la ley que deba otorgarse el consentimiento por representación. Así la letra *a*, del apartado tercero del artículo noveno de la Ley 41/2002 proclama: *“Se otorgará el consentimiento por representación cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”*.

Por tanto, se considera incapaz para prestar el consentimiento, y por lo cual se requiere el consentimiento por representación, no sólo al incapacitado legalmente sino también a aquella persona que, según el médico responsable de la asistencia, o por su estado físico o psíquico, carezca de la capacidad de tomar decisiones o de hacerse cargo de su situación. Por lo que el requisito de la capacidad no debe entenderse como la capacidad legal, sino como la posibilidad de expresión de la voluntad, previa comprensión del acto médico y de sus consecuencias sobre la vida y la salud, con plena facultad para valorar las ventajas alternativas, además de la posibilidad de sobreponerse al medio, la angustia y al nerviosismo que conlleva una situación de esta índole.

2º. Sujetos.-

a) El médico.-

Para evitar repeticiones innecesarias, me remito a lo expuesto en la parte primera

de este estudio, en la que se trata con más detenimiento la actividad médica y en concreto el capítulo referido al médico responsable, queriendo aquí sólo recordar que con respecto a la capacidad del profesional no plantea más problemas que los de su habilitación legal para el ejercicio de la profesión, por ostentar la titulación requerida y hallarse incorporado al colegio profesional correspondiente.

Con esos dos requisitos mencionados titulación para ejercer y colegiación, se presume la capacidad necesaria del profesional sanitario para la obtención del consentimiento informado del paciente o usuario de los servicios sanitarios.

b) Titular.-

Una persona competente da su consentimiento informado cuando, provista de la información adecuada y sin coerciones, acepta seguir el tratamiento propuesto por su médico o someterse a algún tipo de experimentación, o bien, da su rechazo informado cuando, poseyendo la información relevante del caso, la persona se niega a seguir tal tratamiento.

Con fundamento en la naturaleza personalísima del bien jurídico en juego, del que sólo el paciente es su titular, resulta evidente que a primera vista es el propio paciente o usuario de los servicios sanitarios quien ostenta el derecho y quien debe consentir la actuación o intervención médica, siempre y cuando su capacidad natural de juicio y discernimiento se lo permita. Ya que, el que consiente ha de ser titular del bien jurídico o derecho del que dispone su acto, porque nadie puede dar o renunciar a lo que no tiene.

La Sala 1ª de nuestro Tribunal Supremo, en sentencia de fecha 24 de mayo de 1995, con ocasión de la ligadura de trompas efectuada en el curso de una cesárea, sin la oportuna autorización de la interesada, manifestó que el consentimiento es de índole personal y no puede ser suplido por el prestado por un familiar íntimo, ni siquiera por el cónyuge del interesado, a no ser la concurrencia de ciertas circunstancias (urgencia o incapacidad).

El artículo 8.1 de la Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, expresa la obligación de que cualquier actuación en el ámbito de la salud de un paciente debe ir acompañado del consentimiento libre y voluntario del afectado.

Sin embargo, previamente en el artículo 2 de la misma Ley, dentro de los principios básicos, señala que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los *pacientes o usuarios*. Por lo que la Ley 41/2002, a diferencia de la Ley General de Sanidad de 1986, señala la necesidad de recabar el consentimiento informado no sólo al paciente sino también a los usuarios de los servicios sanitarios³⁸.

Por otro lado, el artículo 5, de la ley anteriormente citada, proclama de manera literal:

1. *El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.*
2. *El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.*
3. *Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.*
4. *El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.*

El paciente es el receptor de la información que el médico está obligado a transmitirle, incluso hasta en los supuestos de incapacidad del paciente. Se puede decir que el derecho a la información no está completamente integrado en la libre autodeterminación del paciente, ya que depende del médico, el cual está obligado a

³⁸ Como se ha señalado anteriormente la Ley 41/2002, define el término de paciente y de usuario de los servicios sanitarios, estableciendo por tanto una regulación diferenciada.

facilitarla; y por otra parte porque el reconocimiento del propio derecho a la información, puede marcarse con un marcado carácter singularizado e individualizado y autónomo.

Para el caso que el paciente sea incapaz deberá informar además a los representantes legales del mismo, bastante coherente la norma porque en estos casos sería preciso el consentimiento por representación, y para poder prestar dicho consentimiento se hace necesario estar informado.

A la información también tendrán derecho las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, cuando el paciente así lo permita o de manera expresa o tácita.

El apartado tercero del comentado artículo, no es más que una reiteración, creo que innecesaria, del apartado 1º del mismo. El objeto de la información es el conocimiento del estado de salud del paciente, si éste no tiene capacidad propia para poder discernir lo que resulte más adecuado para su salud, será obligatorio para el médico responsable transmitírsela a quienes en virtud del apartado tercero del artículo noveno, anteriormente estudiado, debe prestar el consentimiento por representación.

En el último apartado del artículo cinco, se hace referencia a la existencia de un *estado de necesidad terapéutica*, que exime al médico responsable de la obligación de informar. Este estado de necesidad, debe ser valorado, tasado, por el facultativo, el cual deberá justificar los daños que se puedan ocasionar al paciente por la transmisión de información referida sobre su estado de salud. Esta valoración deberá ajustarse a lo establecido en la *lex artis* de tal forma que el desconocimiento por parte del paciente de su estado de salud, no altere la trayectoria de su curación.

b.1) El consentimiento por representación.-

Como ya se ha mencionado, el sujeto que debe prestar el consentimiento debe ser el propio paciente o usuario de los servicios sanitarios, sin embargo, en determinados supuestos no es posible recabar el consentimiento de los mismos debido a su falta de edad, a su estado físico o psíquico, o a que carezca de capacidad legal para ello. Para estos casos la ley 41/2002, prevé que el consentimiento se otorgue por otra persona capaz, en sustitución del paciente o usuario.

El apartado tercero del artículo noveno de la citada ley proclama literalmente:

“Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él pro razones familiares o de hecho.*
- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.*
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.*

Como ya se ha mencionado el consentimiento por representación opera en los supuestos de falta de capacidad del paciente o usuario, y como en el apartado anterior se analizó los casos en los que se consideraba que el paciente o usuario carecía de capacidad para prestar el consentimiento, es por lo que ahora nos limitaremos a estudiar quiénes son los que lo representan. Para un mejor entendimiento, se expondrá en forma de esquema:

- 1.- En los supuestos de mayores de dieciocho años, que no estén incapacitados legalmente, pero que a criterio del médico responsable de la asistencia, por su estado físico o psíquico no sea capaz de hacerse cargo de su situación, otorgará el consentimiento por representación las personas que se encuentren vinculadas al paciente o usuario por razones familiares o de hecho.
- 2.- Si el paciente o usuario es menor de dieciocho pero mayor de dieciséis años, y no se encuentre incapacitado judicialmente pero que por su estado físico o psíquico impida hacerse cargo de su situación, otorgará el consentimiento por

representación los padres³⁹ del menor de edad. Pero si está emancipado o goza del beneficio de la mayoría de edad lo representará el curador⁴⁰.

3.- Los menores de edad serán representados por sus padres y en su defecto por el tutor.

4.- En los casos de incapacidad legal del paciente o usuario, otorgará el consentimiento el tutor⁴¹ del incapaz.

b.2) Libertad para prestar el consentimiento. -

El consentimiento supone la concurrencia de dos voluntades libres sobre un mismo objeto. En este sentido señala el artículo 1265 del código civil que será nulo el consentimiento prestado por error, violencia, intimidación o dolo.

El error será tratado más extensamente en los siguientes apartados y en relación con el derecho a la información, por lo que ahora haremos breve mención a los otros supuestos legales, que vician el consentimiento.

El artículo 1267 señala que hay violencia cuando para arrancar el consentimiento se emplea una fuerza irresistible. Y hay intimidación, cuando se inspira a uno de los contratantes el temor racional y fundado de sufrir un mal inminente y grave en su persona. Para calificar la intimidación debe atenderse a la edad y a la condición de la persona. El temor de desagradar a las personas a quienes se debe sumisión y respeto no anularán el contrato. El artículo 1268 sigue señalando, que la violencia o intimidación anularán la obligación, aunque haya sido empleada por un tercero. Es sabido que aunque estas normas se recogen en el Título referido a los contratos, se aplican a todo tipo de obligaciones.

En el campo del consentimiento informado, que es el objeto de nuestro estudio, la violencia o intimidación, en mayor medida la intimidación, se dará en los casos en que el facultativo, que siempre estará en una posición de supremacía, pues es quien

³⁹ El artículo 154 del código civil proclama que los hijos no emancipados están bajo la potestad del padre y de la madre, ésta se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y comprende la facultad de representarlos, aunque si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán siempre ser oídos antes de adoptar decisiones que les afecten. Para el caso que los padres no se pongan de acuerdo de la manea de ejercer la patria potestad, podrán recabar el auxilio de la autoridad judicial.

⁴⁰ Véase los artículos 286 a 293 del código civil.

⁴¹ El artículo 267 del código civil señala: “El tutor es el representante legal del menor o incapacitado, salvo para aquellos actos que pueda realizar por sí solo, ya sea por disposición expresa de la ley o de la sentencia de incapacitación”.

ostenta el monopolio de la información y a su vez es quien debe transmitírsela al paciente, aproveche dicha situación para guiar de alguna manera la voluntad del paciente y otorgue un consentimiento más ajustado a la conciencia del médico que a la del paciente.

Por último, con referencia al dolo, señalar que el artículo 1269 cc establece que hay dolo cuando, con palabras o maquinaciones insidiosas de parte de uno de los contratantes, es inducido el otro a celebrar un contrato que, sin ellas, no hubiere hecho. Y a su vez, el artículo 1.270 cc señala que para que el dolo produzca la nulidad deberá ser grave. Por lo que este supuesto se dará cuando el médico responsable manipule de manera grave la información, que tiene la obligación legal de transmitir al paciente, para que éste acepte el criterio del médico.

b.3) La información como causa de exclusión del error.-

El código civil⁴² señala que el error para que invalide el consentimiento deberá recaer sobre la sustancia de la cosa que fuere objeto del contrato, o sobre aquellas condiciones de la misma que principalmente hubiesen dado motivo a celebrarlo. Por lo tanto, para evitar que se produzca el error el paciente o usuarios tiene que ser suficientemente informado por el responsable. De ahí la importancia de la información en materia del consentimiento informado.

La ley 41/2002, da un tratamiento especial al derecho de información del paciente o usuario, así el artículo cuarto que lleva como rúbrica el derecho a la información asistencial proclama:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a

⁴² Artículo 1266 del código civil.

sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.

El derecho a la información que sobre su salud tienen los pacientes de que nos habla el apartado 1º, se refiere a aquélla que tenga por motivo una actuación que próxima o inmediatamente vaya a tener lugar.

Llama la atención que no se pida expresamente una información por escrito, sino que como regla general la información se proporcionará verbalmente, esto es debido a que son infinitas las actuaciones en el ámbito de la salud y exigir información por escrito de cada actuación concreta, más que beneficio tendría un efecto pernicioso burocratizando de manera innecesaria la relación médico paciente.

Las excepciones a la regla general de la oralidad se entienden referidas a las intervenciones especialmente agresivas, peligrosas y concretamente a las quirúrgicas de alguna entidad, en cuanto a sus riesgos y consecuencias.

Pero en todo caso, ya sea verbal o escrita la información, se debe dejar constancia en la historia clínica, comprendiendo la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

El apartado 2º llama información clínica, refiere de nuevo e innecesariamente, a todas las actuaciones asistenciales, con lo cual se ha de remitir a lo dicho en el apartado primero. Se añade que la información ha de ser verdadera, atributo innecesario, pues si no fuese verdadera estaríamos ante un supuesto de falta de información. Lo que si es realmente importante es la exigencia de que dicha información sea comprensible para el paciente, para lo cual hay que tener en cuenta la capacidad intelectual de éste y aún en que la información que se da, ha de ser adecuada a sus necesidades. En definitiva, ha de darse de forma que le ayude a decidir sobre la actuación asistencial de acuerdo con su propia y libre voluntad.

El médico responsable del paciente es el garante del derecho de éste a la información y, por consiguiente, del cumplimiento de lo legalmente ordenado en cuanto a la misma. Como ya se ha mencionado, el médico responsable queda legalmente

definido, en el apartado tercero del artículo cuarto de la ley que estamos analizando, como el que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia del paciente, siendo su interlocutor en todo lo referente a la atención sanitaria y en relación con el precepto que estamos comentando, coordinar la información y en general, todo lo referente a la información del paciente durante todo el proceso asistencial.

3º. Contenido de la información asistencial.-

Señala el artículo 10, de la Ley 41/2002, que el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento por escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

Por lo que el deber de informar del médico versará sobre las consecuencias y riesgos que razonablemente se pudiesen prever, pero nunca de aquellos que, de acuerdo con la ciencia y la experiencia, no son previsibles en la intervención médica.

Será pues, necesaria la obligación de informar no sólo del propio acto médico sino también de las consecuencias postoperatorias de una intervención.

En conclusión, se debe de informar sobre los riesgos estadísticamente más comunes, pero no de los riesgos anormales o extraños.

4º. La información asistencial y la información terapéutica.-

La Ley General de Sanidad trataba la información con dos enfoques distintos. Por un lado, la que se recogía en el apartado 6º del artículo 10 de la mencionada ley, donde la información se concibe como un requisito para la validez del consentimiento, lógicamente previa a éste y que debía extenderse a las características, necesidades,

riesgos, beneficios y consecuencias de la intervención, de manera que el paciente la asuma libre y conscientemente.

Por otro lado, la que señalaba el apartado 5º del mismo artículo 10, lo que se conoce como información terapéutica, en la que la información no se restringe a un momento preciso, sino que se concibe como un derecho que se satisface continuamente, a lo largo de todo el tratamiento. De modo, que existía el deber del médico de informar de manera amplia al paciente sobre todo su proceso, es decir, de la enfermedad que padecía, los hábitos de vida a adoptar, el régimen dietético y de cuidados, la forma e intensidad en que la enfermedad o el tratamiento iban a afectar a sus actividades, etc.. A esta información terapéutica debían tener acceso quienes ayudaban al paciente, es decir, sus familiares y allegados.

La Ley General de Sanidad establecía la principal diferencia entre ambos tipos de información, en que la información terapéutica no se agotaba con la obtención del consentimiento informado, y así lo establecía explícitamente el apartado 5º⁴³ del mencionado artículo 10, recalando que debe abarcar todo el proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Sin embargo, este no es el criterio que ha seguido la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, ya que la Disposición Derogatoria Única de la misma, deroga de manera expresa los apartados 5 y 6 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad, y no prevé en su articulado esta distinción entre información asistencial y la terapéutica.

Por lo tanto, la obligación del médico responsable de dispensar la obligación terapéutica queda amparada en la *lex artis*.

5º. El objeto del consentimiento.-

En sentido material, se puede considerar como la cosa sobre la que recae la acción de los sujetos. En sentido jurídico o formal, es el bien o derecho protegido por la norma y que el titular tiene poder de disposición sobre él.

Para que el consentimiento resulte eficaz, los bienes tienen que ser de naturaleza disponible por su titular. La disponibilidad o indisponibilidad no es siempre una

⁴³ El apartado 5 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad, proclamaba de manera literal: “*Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas Administraciones Públicas sanitarias: A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.*”

cuestión que decida la ley positiva, sino que viene determinada por los principios generales del ordenamiento, inspirados por criterios de Derecho natural o de ética social, y una ley positiva que los ignorara sería considerada injusta por la opinión pública. Entre los bienes indisponibles ocupa naturalmente el primer rango la vida humana, la cual es el soporte indispensable de cualesquiera otros derechos.

Sin embargo, como ya se ha comentado, hoy día no se puede decir a pies juntillas que la *santidad* de la vida debe prevalecer siempre sobre la *calidad* de la misma. De aquí que exista simultáneamente un interés individual y un interés social en la conservación de la vida humana, sin que ninguno de los dos pueda prevalecer con exclusividad sobre el otro.

El profesor Romeo Casabona, ha señalado que el objeto del consentimiento determina el campo de actuación dentro del cual podrá desenvolverse lícitamente el médico y que tiene un carácter personal, en cuanto sólo alcanza a aquél médico a quien se ha dado. Si bien, ha de entenderse que el consentimiento otorgado para una o varias intervenciones médicas a un determinado profesional cubre también a todos los demás profesionales que deban participar en ellas.

La manifestación del consentimiento ha de referirse necesariamente a la *clase* de acto médico (ya sea de diagnóstico o tratamiento) y los límites o extensión de éste.

Por lo tanto, el consentimiento abarca el tratamiento o intervención, sobre el cual previamente había sido informado el paciente, así como a todas las medidas complementarias o accesorias vinculadas con el mismo, como también la ampliación de la intervención que pueda presentarse durante el curso de la misma que haya previsto el médico sobre cuya posibilidad haya suministrado la correspondiente información previa.

En caso contrario, el consentimiento no cubre esta ampliación y el médico debe de abstenerse de realizarla y esperar a obtener un nuevo consentimiento con todos sus requisitos. Si la ampliación viene exigida por urgente necesidad, nos seguiremos encontrando ante una intervención con ausencia de consentimiento.

Sigue señalando el autor, que el consentimiento comprende tanto las posibilidades de éxito como los riesgos previsibles, los cuales también son asumidos por el paciente. Pero el consentimiento del paciente sólo puede extenderse al *tratamiento realizado correctamente*, es decir, médicamente indicado como medida terapéutica y

realizado conforme a la *lex artis.*, sin importar entonces que el tratamiento haya logrado o no el objetivo propuesto, pues en esto consiste la asunción del riesgo.

En ningún caso quedará cubierto por el consentimiento el tratamiento que no cumpla estas condiciones y, en consecuencia, no serán lícitos los daños producidos por una conducta imprudente, (y en ningún caso dolosas), pudiendo en este caso ser responsable el médico por un posible delito de lesiones o de homicidio. Esta conclusión encuentra su fundamento en que el paciente sólo tiene conciencia y voluntad, y asume por ello un tratamiento correcto, aunque no necesariamente favorable.

6°. Forma.-

La forma del consentimiento se refiere a cómo deben quedar registrados los requisitos del consentimiento, en particular la información previa y el propio acto del consentimiento.

El apartado 2º del artículo 8 de la Ley que estamos analizando proclama de manera literal: “*El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud*” y el apartado tercero añade que *el consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas...*”. Por otro lado, el apartado 2º del artículo 10 de la misma ley señala además que el médico responsable deberá ponderar en cada caso concreto que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por *escrito* del paciente.

Por lo tanto, se puede decir que como norma general el consentimiento será oral, si bien para los casos en que se exige la forma escrita, ésta cumplirá una función *ad probationem* y no como un aspecto meramente formal, es decir *ad solemnitatem*.

7°. Momento en el que ha de prestarse el consentimiento.-

El consentimiento ha de ser anterior a la intervención, puesto que incluso antes de prestar el consentimiento, existe la obligación legal por parte del médico responsable de informar al paciente, y se entiende que este deber de informar y de recabar el

consentimiento, mal se podrá efectuar *estando ya el paciente en el quirófano*.

Se ha discutido que si el consentimiento puede ser coetáneo a la intervención, entiendo que no, por lo que he expuesto anteriormente, difícilmente tendrá capacidad el paciente de asumir toda la información que la ley exige al médico responsable que debe de transmitirle y encima poder consentir libremente, creo que dicho consentimiento fácilmente podría ser catalogado como viciado.

8°. Límites al consentimiento informado.-

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, proclama: *“Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:*

- a) *Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.*
- b) *Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas a él”*

Hay que tener en cuenta que los supuestos anteriormente mencionados en los que el facultativo está exento de requerir el consentimiento del paciente no deben de considerarse como la regla general, sino como todo lo contrario. Y en estos supuestos excepcionales lo que se destaca es la libertad de actuación del facultativo justificada por actuar en interés de la salud pública o del propio paciente.

9°. Responsabilidad por la falta de información y del consentimiento.-

Como ya se ha visto, la prestación de una información adecuada al paciente y el consentimiento de éste se han configurado como un derecho autónomo de los pacientes y usuarios. Por lo que en los supuestos de responsabilidad por falta de información o no

prestación del consentimiento, al operar de forma autónoma y distinta al resto de supuestos generadores de responsabilidad, resulta indiferente que el profesional sanitario haya sido o no diligente en la prestación de sus servicios al paciente, o que se haya obtenido el resultado deseable por haber desempeñado su actividad con arreglo a la *lex artis*. Es decir, la diligencia en la prestación de los servicios profesionales por el facultativo no interfiere ni impide la apreciación de responsabilidad por los daños causados por la falta u omisión de la información y por la imposibilidad de que el paciente haya consentido en los riesgos que asumía en la intervención.

Por el contrario, en el caso de que se informe adecuadamente al paciente de los riesgos que conlleva una intervención en el ámbito de la sanidad y el mismo preste su consentimiento para la intervención, en el supuesto de que aconteciera el riesgo informado y asumido por el propio paciente, no existirá responsabilidad por este motivo concreto, aunque teniendo en cuenta que por su carácter autónomo y singular con respecto a las demás causas de responsabilidad no impedirá apreciar la culpa o negligencia del profesional sanitario si se causaran otros daños por una actuación incorrecta.

**MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL AREA DE
TRAUMATOLOGIA (ALEMANIA - ESPAÑA)**

Patientendaten/Aufkleber

Handskelettfrakturen

- Konservative Behandlung** **Operative Behandlung**
- rechte Hand** **linke Hand**

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

die Untersuchung ergab einen Bruch eines oder mehrerer Handknochen. Vor der Behandlung wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur „Arzt“ mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der geplanten Maßnahme sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen der Behandlung sowie Alternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Die Behandlungsmöglichkeiten

Das Ziel jeder Knochenbruchbehandlung besteht darin, die Bruchstücke möglichst genau wieder in ihre ursprüngliche Stellung zu bringen und während der Heilungsphase so festzuhalten (zu fixieren), dass sie in der richtigen Stellung zusammenwachsen können. Konservative und operative Behandlung haben Vor- und Nachteile und jeweils eigene Risiken. Die Wahl der Behandlungsmethode richtet sich in erster Linie nach der Art des Bruches sowie nach Ihrem Lebensalter und Ihren Lebensumständen. Man unterscheidet offene Brüche, bei denen die Haut verletzt ist und im schlimmsten Fall der Knochen freiliegt, von geschlossenen Brüchen ohne Hautbeteiligung. Jedoch können auch bei geschlossenen Brüchen Weichteile wie Muskeln, Nerven, Sehnen oder Blutgefäße verletzt sein. Bei Kindern wird in der Regel eine konservative Behandlung bevorzugt (außer bei Abbrüchen von Kanten oder Verletzung der Wachstumsfuge o.Ä.), da kindliche Knochen meist schnell und komplikationslos zusammenwachsen. Eine Operation ist hingegen immer notwendig, wenn sich Verrenkungen/Brüche durch Zug und Gegenzug nicht so einrichten lassen, wie es für die Heilung erforderlich ist.

In Ihrem Fall/bei Ihrem Kind raten wir zu der im Kästchen angekreuzten Behandlung:

Konservative Behandlung:

Der gebrochene Knochen wird, wenn sich der Bruch verschoben hat, zuerst eingerichtet, es sei denn, es handelt sich um einen verkeilten Bruch, bei dem dies nicht notwendig ist. Abhängig von der Beschaffenheit des Bruches/der Verrenkung kann eine Schmerzausschaltung sinnvoll sein, um das Einrichten zu erleichtern.

Anschließend wird die Hand/der Arm in der gewünschten Stellung mit Hilfe eines Verbandes (beispielsweise Gips, Kunststoffschiene o.a.) fixiert, um eine ungestörte Heilung der Verletzung zu ermöglichen. Ihr Arzt wird

mit Ihnen besprechen, wie lange Sie/Ihr Kind den Verband tragen müssen. Handelt es sich um einen offenen Bruch, muss die entstandene Wunde ebenfalls behandelt werden.

Operative Behandlung:

In Oberarmbetäubung (Armplexusanästhesie) oder in Vollnarkose wird der Bruch freigelegt und ggf. unter Röntgenkontrolle eingerichtet. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Um Blutungen zu verhindern und dadurch eine bessere Übersicht im Operationsgebiet zu erhalten, wird in Blutleere operiert. Durch Umwickeln des Armes mit einer Gummibinde wird das Blut herausgepresst. Eine Druckmanschette verhindert den Rückfluss des Blutes.

Zur Fixierung der Bruchstücke gibt es unterschiedliche Methoden, die u.U. auch kombiniert eingesetzt werden. Manchmal ist es möglich, unter Röntgenkontrolle über kleine Stichinzisionen, d.h. ohne Freilegung des Knochens, Draht und/oder Schrauben zu platzieren. Voraussichtlich wird bei Ihnen/Ihrem Kind das/die folgende(n) im Kästchen angekreuzte(n) Verfahren angewandt:

Drahtung

Die Knochenbruchstücke werden durch Drahtstifte (Kirschner-Drähte) in der richtigen Stellung gehalten. Ggf. erfolgt zusätzlich eine Sicherung durch Drahtschlingen (Cerclage, Zuggurtung).

Verschraubung, Verplattung

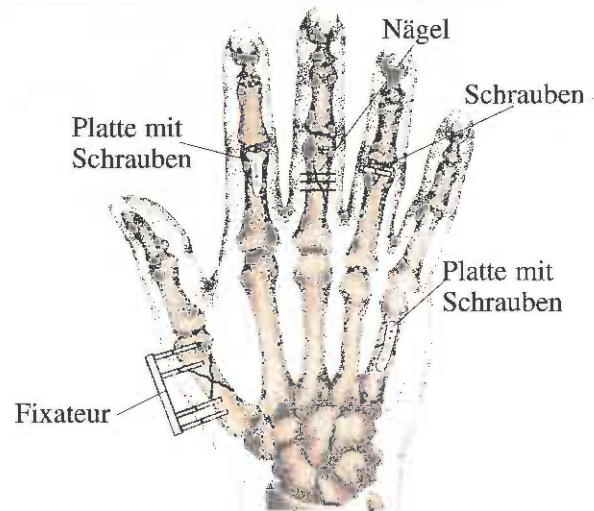
Metallschrauben und/oder aufgeschraubte Metallplatten fixieren die Knochenbruchstücke in der richtigen Stellung.

Fixierung mit einem äußeren Spanner

(Fixateur externe)

Beiderseits der Bruchstelle wird der Knochen mit Metallstäben fixiert, die mit einem Gestell verbunden sind, das sich außerhalb des Körpers befindet.

Vereinfachte schematische Darstellung



□ Sonstige Verfahren

Sind Zusatzmaßnahmen erforderlich?

In manchen Fällen können auch folgende Zusatzmaßnahmen erforderlich werden.

□ Knochenverpflanzung

Um die Bruchheilung zu verbessern oder um Lücken auszufüllen, können Knochenspäne, z.B. aus dem Beckenkamm oder Unterarmknochen, eingepflanzt werden. Sollte dies bei Ihnen/Ihrem Kind geplant sein, klären wir Sie darüber gesondert auf.

□ Örtliche Antibiotikabehandlung

Bei offenen Brüchen mit größeren Weichteil- und Knochenschäden besteht eine erhöhte Infektionsgefahr. Deshalb wird manchmal als Antibiotikaträger eine Kugellampe eingelegt, die später wieder entfernt werden muss. Alternativ können Kollagenschwämme verwendet werden, die zwar nicht entfernt werden müssen, oft aber ein längeres Nässen der Wunde bewirken.

□ Schiene oder fixierende Verbände

Nach der Operation kann eine zusätzliche Ruhigstellung, z.B. mit einem Gipsverband, erforderlich sein.

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. Für unvorhersehbare, medizinisch notwendige Änderungen oder Erweiterungen dürfen wir Ihr Einverständnis voraussetzen, sonst müsste der Eingriff unterbrochen werden, damit wir erneut mit Ihnen sprechen können. Die Behandlung würde sich dadurch verzögern, das Risiko von Zwischenfällen steigen.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt kann es in Einzelfällen während oder nach dem Eingriff/der Behandlung zu Komplikationen kommen, die u.U. eine sofortige Behandlung erfordern. Zu nennen sind:

Gemeinsame Risiken bei operativer und konservativer Behandlung

- Einblutungen und starke Schwellungen der Weichteile, die trotz konsequenter Hochlagerung auftreten können. Dadurch kann der Verband zu eng werden. Sind die Finger blau oder gefühllos, muss dringlich Abhilfe geschaffen werden;
- selten allergische Reaktionen bzw. Unverträglichkeitsreaktionen (z.B. auf Medikamente, Betäubungs-, Des-

infektionsmittel, eingebrachtes Metall), die sich z.B. als Hautrötung, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit äußern. Sehr selten können auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herz-Kreislaufstörungen bis hin zum Kreislaufchock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und äußerst selten bleibende Schäden (z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung) hinterlassen können;

- Haut-, Weichteil- und Nervenschäden (z.B. Absterben von Gewebe, Blutergüsse, Schwellung, Schmerzen, Nerven- oder Venenreizung) infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach Einrichtung des Bruches oder der Operation sind sehr selten; sie bilden sich meist von selbst wieder zurück bzw. sind gut behandelbar. Unter Umständen kann es zu bleibenden Beschwerden (z.B. Schmerzen, Missempfindungen, Taubheitsgefühl bis hin zu Lähmungen, Narben) kommen.
- eine schmerzhafte Weichteilschwellung gekoppelt mit funktionellen Durchblutungsstörungen (örtliches Hitze-Kälte-Gefühl) ist in Ausnahmefällen möglich. Über längere Zeit kann dies zum Abbau von Muskel- und Knorpelgewebe sowie zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung von Gelenken führen. Diese Reflexdystrophie bzw. chronisches regionales Schmerzsyndrom (Sudeck'sche Erkrankung) bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung;
- bei Kindern: wenn der Bruch durch eine Wachstumsfuge verläuft oder diese verletzt ist, kann das Knochenwachstum gestört sein. Die Folge kann z.B. eine Verkürzung des betreffenden Knochens sein. Auch ohne Beteiligung der Wachstumsfuge kann das Knochenwachstum u.U. verändert sein;
- Achs-, Dreh- und andere Fehlstellungen nach Zusammenwachsen des Bruches; derartige Störungen lassen sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden. Hieraus können Bewegungseinschränkungen, Schmerzen und vorzeitiger Gelenkverschleiß resultieren. Evtl. kann eine operative Korrektur erfolgen;
- Trotz Ruhigstellung in der sog. „Schutzstellung“ der Hand kann es zu Schrumpfungen von Kapseln und Bändern kommen, die langanhaltende, selten bleibende Bewegungsstörungen verursachen;

Spezielle Risiken konservativer Behandlung

- Einblutungen und starke Schwellung der Weichteile, die zu starken Schmerzen führen können. Wird der Verband zu eng, muss dringlich Abhilfe geschaffen werden;
- Verschiebung der Bruchenden; eine nochmalige Einrichtung ggf. auch operativ kann notwendig werden ;
- verzögerte Heilung des Bruches/Bildung eines Falschgelenkes; die Dauer der Bruchheilung wird z.B. von Art und Schweregrad der Schädigung, dem Lebensalter, Vorerkrankungen, zusätzlichen Verletzungen und vor allem der Qualität der Ruhigstellung beeinflusst. Ist ein Falschgelenk entstanden, ist ein operativer Korrektur-eingriff, häufig verbunden mit einer Knochenverpflanzung (meist vom Beckenkamm), erforderlich;
- Bewegungseinschränkungen und Versteifung von Gelenken, auch im nicht verletzten Bereich, aufgrund von längere Zeit vermiedenen Bewegungen (nicht durchgeführten Bewegungsübungen der freien Gelenke), die u.U. auch durch intensive Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;

Spezielle Risiken operativer Behandlung

- Verletzungen benachbarter Strukturen (z.B. Nerven, Sehnen, Blutgefäßen); soweit eine Wiederherstellung während der Operation nicht erfolgt, können Nachoperationen erforderlich werden, um Funktionsausfälle zu bessern. Bei Nervenverletzungen können trotz operativer Behandlung (Nervnaht) dauerhafte Empfindungsstörungen zurückbleiben. Lähmungen kommen dagegen nur äußerst selten vor;
- Druckschäden an Nerven und Weichteilen durch die Blutleere oder Lagerung bei der Operation. Sie sind meist vorübergehend, vereinzelt können jedoch dauerhafte Beschwerden wie schmerzhafte Missempfindungen, Taubheitsgefühl, im äußersten Fall eine Teillähmung des Armes zurückbleiben; Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrochirurgische Geräte können Narben hinterlassen;
- Nachblutungen und Blutergüsse, die evtl. auch operativ behandelt werden müssen;
- Infektionen im Operationsgebiet sind selten und treten überwiegend bei offenen Brüchen auf; trotz medikamentöser und operativer Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Selten entsteht daraus eine chronische Knocheneiterung (Osteitis); hieraus können schwere funktionelle Störungen entstehen, die die Hand dauerhaft beeinträchtigen;
- Komplikationen durch das eingebrachte Metall; die Wanderung von Drähten, die Lockerung oder der Bruch eingebrachter Metallteile sowie Unverträglichkeitsreaktionen können eine vorzeitige Entfernung des Metalls notwendig machen. Eingebrachte Metallteile können auch die Funktion der Hand behindern. Nach Entfernung des Metalls bessert sich in der Mehrzahl der Fälle die Beweglichkeit;
- verzögerte oder ausbleibende Knochenheilung; in diesem Fall muss eine weitere Operation erfolgen, manchmal mit einer neuen Metalleinlage - meist in Verbindung mit einer Knochenverpflanzung (vom Beckenkamm);
- Bildung von inneren Narben: Bei der Freilegung des Knochens werden Narben verursacht, die Sehnen, Nerven oder Kapsel-Bandstrukturen der Gelenke einbeziehen und in sehr seltenen Fällen auch dauerhaft zu funktionellen Beeinträchtigungen führen können. Meist kön-

nen diese Störungen jedoch durch eine intensive Nachbehandlung behoben werden; selten ist auch eine Nachoperation erforderlich;

- Narbenstörungen: anlagebedingte, wulstige, dicke Hautnarben bedürfen einer speziellen Narbenbehandlung. Kommt es infolge der Operation zu Narbenzug, der die Bewegung behindert, ist eine Nachoperation erforderlich;

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Sowohl bei konservativer als auch bei operativer Behandlung sind die Erfolgsaussichten in der Regel gut. Absolut sicher lässt sich nicht voraussagen wann die Knochenheilung vollständig abgeschlossen ist. Spätestens nach 6 Monaten ist ein Knochenbruch sicher durchbaut.

Ist der Eingriff ambulant möglich?

In der Regel kann auch die operative Behandlung ambulant erfolgen. Lassen Sie sich bitte **unbedingt von einer erwachsenen Begleitperson abholen**. Beachten Sie die vorübergehende **Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit** durch Betäubungs-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel. Sie dürfen in den ersten 24 Stunden nach der Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, kein Kraftfahrzeug oder Zweirad führen, keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen, keine wichtigen Entscheidungen treffen, keinen Alkohol trinken und nicht rauchen. Fragen Sie Ihren Arzt nach genauen Verhaltensregeln.

Worauf ist zu achten?

- Bei **Schmerzen, Bewegungsstörungen, Taubheits- oder Kribbelgefühl** sowie **blau-roter Verfärbung** der Finger kann ein zu enger Verband die Ursache sein. In diesem Fall sollten Sie unverzüglich Ihren behandelnden Arzt (oder die Klinik) aufsuchen, um schwere Folgeschäden an Muskeln und Nerven zu vermeiden. Fragen Sie auch nach einer Telefonnummer für den Notfall.
- **Den verbundenen Arm möglichst immer aktiv hochhalten (auf keinen Fall in einer Schlinge tragen!), und in Ruhephasen oder nachts hochlagern. Fragen Sie Ihrem Arzt, ab wann eine Belastung des Armes wieder möglich ist!**
- Wichtig sind **regelmäßige Übungen**, um zusätzliche Einschränkungen der Beweglichkeit durch die Ruhigstellung im Verband zu verhindern und um die Blutversorgung des Gewebes unter dem Gips zu verbessern! Daher sollten die Gelenke, die nicht unter dem Verband liegen regelmäßig bewegt (isotonische Übung) und die Muskeln unter dem Gips angespannt werden (isometrische Übung). **Bitte fragen Sie Ihren Arzt nach entsprechenden schriftlichen Übungsanleitungen!**
- Achten Sie auf **Lockerung, Bruch oder Erweichung des Verbandes** und suchen Sie Ihren Arzt auf, wenn Sie **Schäden** bemerken! Nur so kann eine ausreichende Ruhigstellung für die Heilung erreicht werden!
- Eingesetzte Metallplatten können in der Regel nach 6-12 Monaten, >Drähte meist schon nach einigen Wochen entfernt werden. Häufig kann das Metall im Körper verbleiben.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf **Ihre Mithilfe** angewiesen. Fragen Sie bitte Ihren Arzt nach genauen **Verhaltensregeln und nach schriftlichen Anleitungen für Bewegungsübungen und Nachsorge**. Bitte

Fraktur Handknochen, operat./kons. Behandlung

beachten Sie diese Richtlinien gewissenhaft. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und häufig auch krankengymnastische bzw. ergotherapeutische Übungsbehandlungen erforderlich.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken).

Was Sie dem Arzt mitteilen sollten ...

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten:

1. Besteht eine **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. gegen Medikamente, Metalle, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel)? nein ja
2. Leiden Sie an einer **akuten/chronischen Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc) oder an einem anderen **schwerwiegenden chronischen Leiden** (z.B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? nein ja
3. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
Besteht eine **Bluterkrankung** oder eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. Nasen- oder Zahnfleischbluten, häufig blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen, bei Zahnbehandlungen, kleineren Wunden), oder gibt es bei Ihrer **Blutsverwandtschaft** eine Anlage dazu? nein ja
5. Kam es zur **Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
6. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
7. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerzmittel, Hormone, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar® oder Aspirin®) ein? nein ja

Wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

8. Haben Sie **Krampfadern**? nein ja
9. Rauchen Sie? nein ja
Wenn ja, was und wie viel pro Tag? _____
10. Trinken Sie Alkohol? nein ja
Wenn ja, wie viel durchschnittlich pro Tag? _____

11. Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. geplantes Verfahren, Risiken und mögliche Komplikationen, individuelle Risiken, notwendige Eingriffserweiterungen, Neben- und Folgemaßnahmen; mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Ärztin/Arzt

Ablehnung

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden Nachteile (z.B. Fortbestehen/Verschlimmerung der Beschwerden) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Ärztin/ Arzt

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

Einwilligungserklärung

Über den geplanten Eingriff sowie evtl. erforderliche Erweiterungsmaßnahmen hat mich/uns

Frau/Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe/Wir haben **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige(n)** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit unvorhersehbaren medizinisch erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/
des Patienten/der Eltern*

* Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.



Gelenkerhaltende Operationen bei
Schenkelhalsbruch/Bruch des coxalen
Femurendes

rechts links

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

■ **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die Untersuchungen ergaben einen Bruch des Oberschenkelknochens am Schenkelhals/coxalen Femurende, der operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der geplanten Maßnahme sprechen. Sie müssen typische Risiken und Folgen sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

■ **Wie ist der Oberschenkelknochen aufgebaut?**

Der Oberschenkelknochen ist der größte Röhrenknochen des Körpers. Der obere Teil besteht aus dem großen Rollhügel, dem Schenkelhals und dem Hüftkopf, der zusammen mit der Hüftgelenkpfanne das Hüftgelenk bildet (s. Abb. 1).

■ **Behandlungsmöglichkeiten?**

Schenkelhalsbrüche/Brüche des coxalen Femurendes können operativ durch Ersatz des Hüftgelenks (Hüftgelenkendoprothese) oder gelenkerhaltende Operationen behandelt werden. In geeigneten Fällen kann auch eine konservative Bruchbehandlung ohne Operation möglich sein. Dies erfordert die Anlage eines Streckverbandes (Drahtextension) und eine längerdauernde Ruhigstellung durch Gipsverband oder Schiene.

Bei Ihnen raten wir jedoch zu einer gelenkerhaltenden Operation.

■ **Wie wird operiert?**

Die Operation wird in Allgemeinnarkose oder Regionalbetäubung durchgeführt. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Es gibt verschiedene Operationsmethoden. Die Knochenbruchstücke werden dabei möglichst genau in ihrer ursprünglichen Stellung eingerichtet und stabilisiert, so dass nahegelegene Gelenke schon bald wieder bewegt werden können. Bei Ihnen ist folgendes Verfahren geplant:

- Dynamische Hüftschraube:** Eine spezielle Schraube wird durch den gebrochenen Schenkelhals bis in den Hüftkopf eingeführt und angezogen, so dass die Bruchenden unter Druck zusammengefügt werden (s. Abb. 2).

- γ-Nagel:** Bei komplizierteren Brüchen im Bereich des großen Rollhügels wird ein spezieller Nagel in den Markraum eingebracht, der durch einen Quernagel im Schenkelhals stabilisiert wird (s. Abb. 3).
- Verschraubung/Nagelung:** Der gebrochene Knochen wird durch Metallschrauben und/oder Drähte oder Nägel in der richtigen Stellung gehalten und fixiert (s. Abb. 4).
- Winkelplatte:** Eine Winkelplatte aus Metall wird in den Oberschenkelhals eingebracht und außen am Oberschenkelschaft mit Schrauben fixiert. Häufig wird zusätzlich eine Schraube gesetzt (s. Abb. 5).
- Sonstige Verfahren (z.B. Lambda-Nagel, PFN)** (s. Abb. 6):

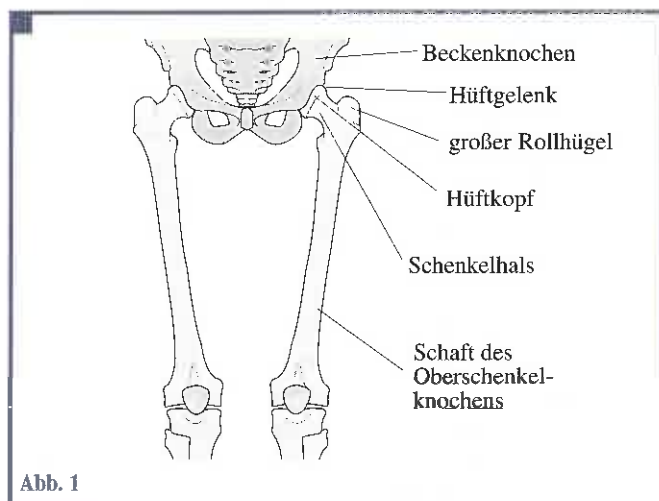
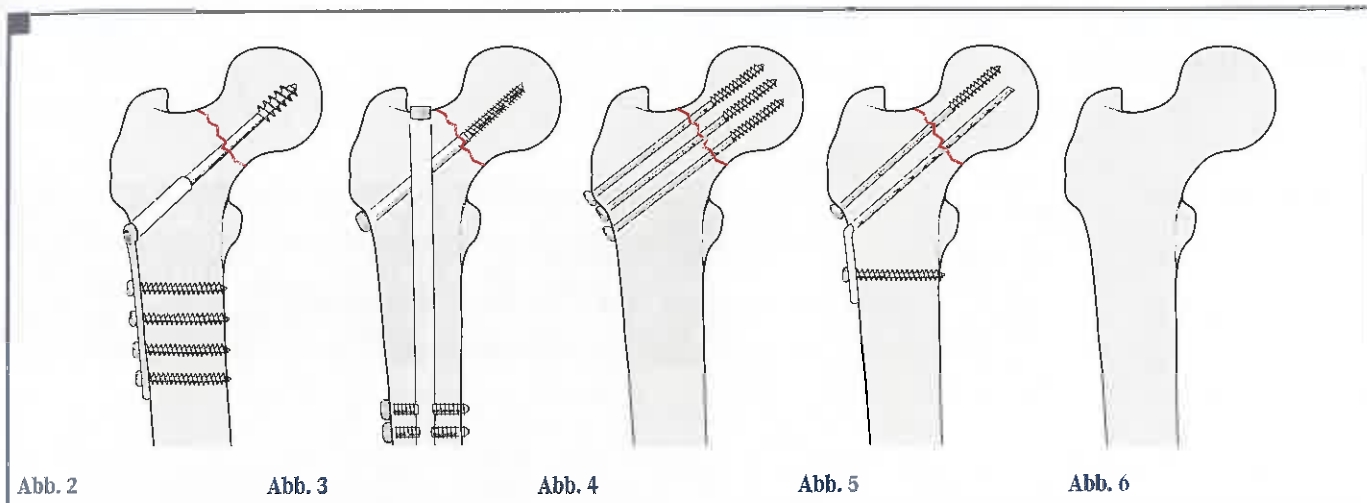


Abb. 1



In Einzelfällen ist es erforderlich, Knochenspäne zur Stabilisierung des Bruches einzubringen. Diese Knochenspäne werden entweder bei Ihnen selbst (z.B. aus dem Beckenkamm) oder aus der Knochenbank entnommen. Ihr Arzt wird mit Ihnen gesondert darüber sprechen, warum er in Ihrem Fall diese Vorgehensweise wählt und welche Risiken und Folgen damit verbunden sind.

■ Erweiterung des Eingriffs?

Oft ist das volle Ausmaß der Verletzung erst während der Operation zu erkennen. Eine **Änderung oder Erweiterung** des geplanten Verfahrens kann dann notwendig werden. Fragen Sie bitte den Arzt, ob er selbst mit einer Erweiterung rechnet. Er wird Sie ggf. über Vor- und Nachteile, Risiken und Folgen dieser Maßnahmen gesondert aufklären.

■ Wie sind die Erfolgsaussichten?

Im Regelfall kann die Funktionsfähigkeit des Hüftgelenks wiederhergestellt werden. Es ist aber nicht auszuschließen, dass die Beweglichkeit des Gelenks auf Dauer eingeschränkt bleibt. Vor allem bei älteren Patienten bleiben häufiger Gehbehinderungen mit Schmerzen und eine verminderte Belastbarkeit der Hüfte zurück.

■ Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt können bei der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die u.U. auch **lebensbedrohlich** sein können und weitere Behandlungsmaßnahmen/Nachoperationen erfordern. Zu nennen sind:

■ Während der Operation

- **Allergische Reaktionen:** Nach Einspritzen örtlicher Betäubungsmittel oder anderer Medikamente können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit und – selten – auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und äußerst selten bleibende Schäden (z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung) hinterlassen können. Eine Überempfindlichkeit gegen die Metallimplantate kann zu Lockerung, Wundheilungsstörungen oder Ekzemen führen. Im Extremfall kann ein Austausch der Implantate notwendig werden;
- **Verletzungen benachbarter Gewebe** (z.B. Muskeln, Sehnen); die Verletzung von Blutgefäßen kann zu **stär-**

keren Blutungen führen, die eine Blutübertragung erforderlich machen. Damit verbundene Risiken sind u.a. **Infektionen**, z.B. sehr selten mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), extrem selten mit HIV (Folge: AIDS) und/oder anderen Erregern (z.B. BSE, Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung) sowie derzeit unbekanntem Erregern. Nach einer Transfusion besteht die Möglichkeit einer Kontrolluntersuchung. Fragen Sie Ihren Arzt nach deren Notwendigkeit;

- **Nervenverletzungen** (z.B. Ischias-Nerv), die trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung des Beines verursachen können.

■ Nach der Operation

- **Spritzenabszesse**, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen können bleibende Beschwerden (Taubheitsgefühl, Missempfindungen, Narben) zur Folge haben; das gilt auch für **Druckschäden**, die trotz ordnungsgemäßer Lagerung während der Operation auftreten können sowie für **Hautschäden** durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom.
- leichte **Nachblutungen** und **Blutergüsse**, die behandelt werden müssen;
- selten **Infektionen** im Operationsgebiet, die trotz Behandlung zu langwierigen Entzündungen führen können. Selten kommt es dadurch zu einer **chronischen Knochenentzündung** (Osteitis) mit der Bildung eines krankhaften Verbindungsganges vom Entzündungsherd zur Körperoberfläche (**Fistel**); ebenso selten führen Entzündungen zu **Gelenkversteifungen** oder – im Extremfall – zum Verlust des Beines;
- **Hüftkopfnekrose**: selten kann es zum Absterben des Hüftkopfes kommen. Dann wird das Einsetzen einer Hüftgelenkendoprothese notwendig;
- **Nervendruckschäden** durch Lagerung auf Schienen oder durch Verbände (Folge: z.B. Taubheitsgefühl, schmerzhafte Missempfindungen) die auch dauerhaft sein können;
- **Fett-/Knochenmarksembolie**: Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge verschleppt werden und gefährliche Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine

sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;

- **Thrombo-Embolie:** Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen oder das Gehirn verschleppt werden und Kreislaufstörungen (Lungenembolie) bzw. einen Schlaganfall verursachen. Das Risiko ist bei Rauchern und Einnahme der „Pille“ erhöht. Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits (Nach-)Blutungen begünstigen. Bei Injektion von Heparin kann zusätzlich eine schwerwiegende Störung der Blutgerinnung (HIT) auftreten, die zu vermehrter Gerinnselbildung und somit zu akuten Gefäßverschlüssen führen kann;
- in Einzelfällen sind nach dem Eingriff vorübergehende oder **bleibende Sehstörungen** bis hin zur **Erblindung** beschrieben worden. Ob und welcher Zusammenhang mit der Operation besteht, ist bislang nicht abschließend geklärt;
- Bildung eines **Falschgelenks** (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird. Dann müssen besondere Maßnahmen ergriffen werden, über die Sie ggf. gesondert aufgeklärt werden;
- **Bruch/Ausbruch oder Lageveränderung der eingesetzten Metallteile;** dadurch kann es zu Verletzungen und einer Verschiebung der Bruchteile kommen. Eine operative Korrektur ist dann erforderlich. Besonders bei verzögerter Knochenheilung, schlechter Knochensubstanz, einem Verlust an Knochengewebe (z.B. bei Osteoporose) oder einer zu frühen Belastung kann das zur Stabilisierung eingebrachte Fremdmaterial (z.B. Schrauben, Platten, Nägel) brechen, auslockern oder seine Lage verändern (z.B. Schraubenperforation) und **nahe gelegene Strukturen schädigen** (z.B. Weichteile, Gelenke, Gefäße, Nerven). Unter Umständen ist dann ein erneuter Eingriff notwendig;
- kommt es während der Operation zu einem **Instrumenten- oder Materialbruch**, so kann der abgebrochene Fremdkörper (z.B. Bohrer- oder Drahtspitze) ggf. im Knochen belassen werden. Dies führt i.d.R. zu keinen Beschwerden und vermeidet die größeren Risiken einer operativen Entfernung;
- **erneuter Knochenbruch;** wenn der Knochen nicht vollständig verheilt ist, kann er unter Belastung erneut brechen;
- **Achs- und Drehfehlstellungen** sowie **Längenunterschiede der Beine;** derartige Störungen lassen sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden und können zu einem vermehrten Gelenkverschleiß oder Rückenbeschwerden führen;
- **Muskelschrumpfungen** und **-verkalkungen** sowie **Bewegungseinschränkungen** und **Versteifung von Gelenken** aufgrund der Ruhigstellung, die unter Umständen trotz intensiver Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;
- in Ausnahmefällen eine **schmerzhafte Weichteilschwellung**, die über längere Zeit zum Abbau von Mus-

kel- und Knochengewebe und zu **Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung** führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);

- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge **Durchblutungsstörungen** und **Funktionseinschränkungen**, im Extremfall bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (Kompartiment-Syndrom);
- **überschießende und störende Narben** (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen und später korrigiert werden können;
- **bei Kindern:** Falls der Bruch in der Wachstumsfuge liegt, können **Wachstumsstörungen** mit der Folge von X- oder O-Verbiegungen oder Verkürzungen des Knochens auftreten. Ist die Wachstumsfuge nicht beteiligt, kann es evtl. vorübergehend zu einem gesteigerten Knochenwachstum kommen. Unter Umständen sind später korrigierende Maßnahmen erforderlich.

■ Worauf ist nach der Operation zu achten?

- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen oder Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.
- Durch die Ruhigstellung kann es zu Versteifungen kommen. Sie sollten die Gelenke ohne Verband deshalb oft bewegen und die Muskeln unter dem Verband oft anspannen (**isometrische Übungen**).
- Um das Gelenk zu entlasten, müssen Sie nach der Operation **Gehstützen** benutzen. Belasten Sie das Bein nur so stark, wie es Ihnen erlaubt wurde. Im Allgemeinen dauert es mindestens 16 Wochen, bis das Bein wieder voll belastbar ist.
- In der Regel können die eingesetzten **Metallteile** nach 12-18 Monaten entfernt werden. In Einzelfällen kann das Metall im Körper verbleiben.
- Durch regelmäßige **Kontrolluntersuchungen** wird der Verlauf der Heilung überprüft. Termin der ersten Nachuntersuchung:

■ Fragen zum Aufklärungsgespräch?

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Besprechen Sie bitte vor der Entlassung:

- Wann sollen Fäden/Klammern entfernt werden?
- Wann ist Duschen oder Baden möglich?
- Sind Medikamente (Menge, Dauer) nötig?

- Wie lange ist körperliche Schonung notwendig?
- Krankengymnastische Nachbehandlung?
- Wann sollen die Metallteile entfernt werden?
- Wann kann die Arbeit aufgenommen werden?

■ Wichtige Fragen

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Damit Ihr Arzt Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen kann, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

n = nein j = ja

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? n j
2. Leiden Sie an einer **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? n j
3. Wurden **Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen**, z.B. gegen Pflaster, Metalle, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel beobachtet? n j
4. Traten **Krampfanfälle** auf? n j
5. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. Nasen- oder Zahnfleischbluten, häufig blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen, bei Zahnbehandlungen, kleineren Wunden), oder gibt es bei Ihrer Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu?
Waren **Blutübertragungen** nötig? n j
6. Wurde früher ein **Herzfehler** korrigiert/eine **Herzoperation** durchgeführt? n j
7. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? n j
8. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel, Hormone)? n j
9. Kam es zur **Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln** (Thrombosen, Embolie)? n j

■ Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffs

Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. bleibende Bewegungseinschränkung bis hin zur Versteifung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit Unterschrift Ärztin/Arzt

Unterschrift der Patientin/des Patienten/(der Eltern*)/ggf. des Zeugen

■ Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt _____ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken und über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in die geplante Operation **ein**. Mit erforderlichen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine gegebenenfalls medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit Unterschrift der Patientin/des Patienten/(der Eltern*)

* Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat oder dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.



DOKUMENTIERTE PATIENTENAUFKLÄRUNG



Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Patientendaten/Aufkleber

Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> rechte Hüfte | <input type="checkbox"/> linke Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Totalendoprothese (TEP) | <input type="checkbox"/> mit Zement |
| <input type="checkbox"/> Hemiprothese | <input type="checkbox"/> ohne Zement |
| | <input type="checkbox"/> teilw. zementiert |

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchung ergab eine Lockerung der bei Ihnen eingebrachten Hüftgelenksendoprothese. Es soll deshalb ein sogenannter „Prothesenwechsel“ erfolgen. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffs kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Warum ist ein Hüftgelenksprothesenwechsel notwendig?

Das bei Ihnen implantierte künstliche Hüftgelenk hat sich bedauerlicherweise gelockert. Dies bereitet Ihnen Schmerzen und kann - wenn der Lockerungszustand nicht behoben wird - unter Umständen auch zu einer Zerstörung der umgebenden knöchernen Strukturen führen.

Ist eine Behandlung ohne Operation möglich?

Es gibt keine Möglichkeiten, eine einmal gelockerte Endoprothese ohne Operation und ohne Auswechseln des Implantates wieder zu festigen. Die Ärztin/ Der Arzt empfiehlt Ihnen deshalb, den Prothesenwechsel vornehmen zu lassen.

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff wird in Vollnarkose oder Regionalbetäubung durchgeführt. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Zunächst wird die bestehende Endoprothese operativ freigelegt und danach untersucht, ob sämtliche Komponenten, sowohl der Hüftgelenksschaft als auch die Hüftgelenkspfanne, gelockert sind. Sollte dies der Fall sein, müssen beide Teile ausgebaut werden. Ist eine der beiden Komponenten ganz offensichtlich fest sitzend und auch noch nicht einem gewissen Verschleißprozess oder anderen ungünstigen Einflüssen ausgesetzt, wird man sich bemühen, diese Komponente zu erhalten.

Wie beim Ersteinbau der Hüftgelenksendoprothese kann u.U. vollkommen ohne „Knochenzement“ vorgegangen werden oder eine Teilzementierung, beispielsweise nur des Schaftes oder - in ganz seltenen Fällen - auch nur der Pfanne, erfolgen. Es kann aber auch notwendig werden, an beiden Komponenten eine Zementfixation durchzuführen. Ob das neue Implantat zementfrei eingesetzt werden kann oder aber einzementiert werden muss, lässt sich sehr häufig erst während der Operation entscheiden.

Sollte sich beim Ausbau des Gelenkes zeigen, dass eine Infektion vorliegt, so kann möglicherweise ein sofortiger Einbau der neuen Prothese nicht durchgeführt werden. Das infizierte Gebiet muss dann durch Spülungen und eventuell durch Einlage von sog. Palacosketten (dies sind Ketten mit Knochenzementkugeln, die ein Antibiotikum enthalten) erst saniert werden. In einem zweiten Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt wird dann das neue Gelenk eingebracht.

Unter Umständen zeigt sich auch, dass beispielsweise in der Hüftgelenkspfanne größere knöcherne Defekte vorhanden sind, die ebenfalls keinen sofortigen Prothesenwechsel erlauben. In diesem Fall muss zunächst durch die Implantation von patienteneigenem oder Fremdknochen ein neues Gelenklager geschaffen werden.

Unter Umständen ist es auch notwendig, andere zusätzliche Komponenten wie z.B. aufschraubbare Ringe oder ähnliches einzusetzen, die dann ein entsprechendes Widerlager für die zu implantierende Hüftpfanne bilden (Müller-, Schneider-Ring).

Gleichfalls kann im Schaftbereich durch einen Knochenabbau das Einbringen zusätzlicher Komponenten (z.B. sog. Köcher) erforderlich sein, um einen guten Sitz der neuen Endoprothese zu gewährleisten.

Nach einer gründlichen Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden, unter Berücksichtigung Ihres Alters und des besonderen Zustands Ihres Hüftgelenks, rät Ihnen die Ärztin/der Arzt zu der in Ihrem Fall am besten geeigneten Vorgehensweise. Im Aufklärungsgespräch wird sie/er Ihnen diese Empfehlung näher erläutern.

Falls ein computergesteuerter sog. „Operationsroboter“ zum Einsatz kommen soll, wird Sie der behandelnde Arzt über Vor- und Nachteile dieses Verfahrens gesondert aufklären.

Mögliche Zwischenfälle während der Operation?

Trotz größter Sorgfalt können bei der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die meist sofort erkannt und behandelt werden. Zu nennen sind insbesondere:

- Allergische Reaktionen: Nach Einspritzen von Betäubungsmitteln oder anderen Medikamenten können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit und - selten - auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum lebensbedrohlichen Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern;
- Verletzungen von benachbarten Geweben, insbesondere von Blutgefäßen; dadurch kann es zu stärkeren Blutungen kommen, die eine Blutübertragung erforderlich machen. Äußerst selten kann es durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen zu einer Infektion, z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) oder extrem selten mit HIV (AIDS), kommen. Auch eine Übertragung

der Erreger von BSE/vCJK (Folge: fortschreitende Schädigung des Gehirns mit Todesfolge) ist nicht mit zweifelsfreier Sicherheit auszuschließen.

Erfahrungsgemäß ist der zwangsläufig mit der Operation einhergehende Blutverlust bei einer Wechseloperation stark erhöht. Fragen Sie den behandelnden Arzt, ob die Bereitstellung von Eigenblut oder eine Blutverdünnung (Hämodilution) möglich und sinnvoll ist, um eine Fremd-blutübertragung zu vermeiden!

- extrem selten kann es bei großflächigen Zerstörungen des knöchernen Widerlagers der Pfanne im Becken durch das notwendige Operationsinstrumentarium zu Verletzungen innerer Organe kommen, die weitere operative Maßnahmen erfordern;
- sehr selten Nervenverletzungen, die trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung des Beines verursachen können;
- Bruch des Oberschenkelknochens: Durch starke Verwachsungen oder Abbau und andere Veränderungen am Knochen kann die Entfernung des eingebrachten Gelenks u.U. nur unter Anwendung eines gewissen Kraftaufwandes möglich sein. Auch ist der Knochen u.U. weniger belastbar, so dass er bricht. Der Bruch muss operativ eingerichtet und evtl. mit Metallplatten und -schrauben stabilisiert werden. Kommt es zum Bruch des Hüftpfannenbodens, können selten Verletzungen der großen Schlagadern und Venen im Becken auftreten. Die verletzten Blutgefäße müssen dann unter Eröffnung des Bauchraumes genäht werden;
- Spritzenabszesse, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können

Vereinfachte schematische Darstellung

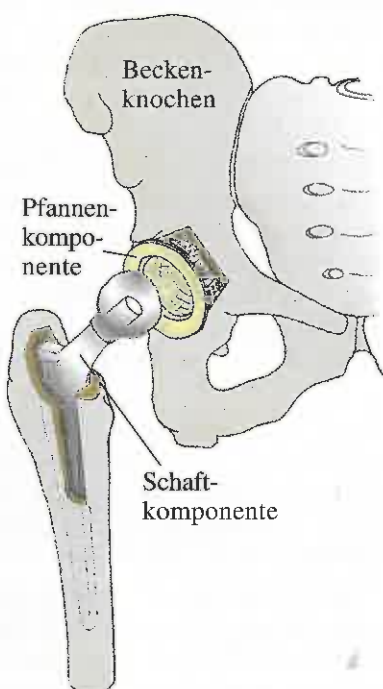


Abb. 1: Zementfreie Hüft-TEP

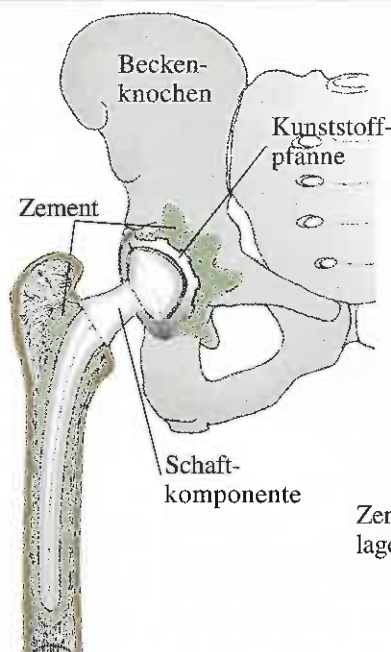


Abb. 2: Zementierte Hüft-TEP

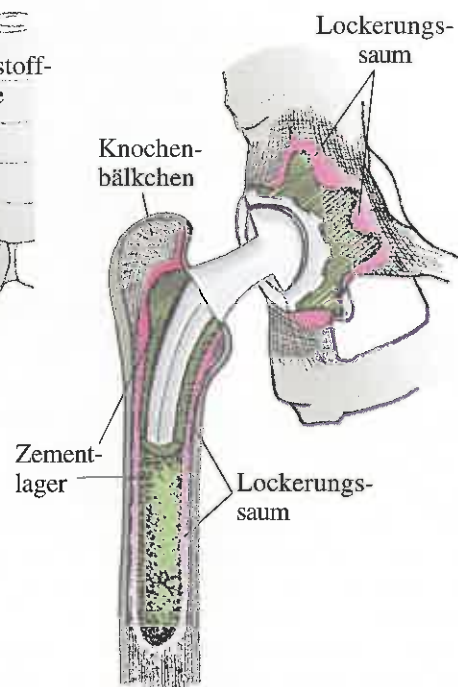


Abb. 3: Lockerung einer zementierten TEP; Schaft und Pfanne

bleibende Beschwerden (Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für Druckschäden infolge der bei der Operation notwendigen Lagerung sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom.

Mögliche Störungen und Spätfolgen nach der Operation?

Auch nach der Operation können Störungen auftreten, die ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern. Zu nennen sind:

- gelegentlich Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen;
- Infektionen im Operationsgebiet: Durch den erhöhten zeitlichen Aufwand bei einem Prothesenwechsel steigt auch das Risiko von Infektionen. Ein erneuter Eingriff ist dann meist erforderlich. Unter Umständen muss die Hüftgelenkprothese entfernt werden. In manchen Fällen kann sofort oder nach der Ausheilung ein neues Kunstgelenk eingepflanzt werden. Ist dies nicht möglich, bleibt die Gehfähigkeit trotzdem erhalten, wenn auch unter deutlicher Verkürzung des Beines;
- selten entsteht nach einer Infektion im Operationsgebiet eine chronische Knocheneiterung (Osteitis); ebenso selten kommt es aufgrund der Entzündung zur Gelenkversteifung oder in extremen Ausnahmefällen zum Verlust des betroffenen Beines;
- Thrombo-Embolie: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei Rauchern und der Einnahme von Medikamenten (z.B. Hormonpräparate). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- Fett-/Knochenmarksembolie: Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- falls bei der Operation zusätzlich Metallplatten oder -schrauben verwendet werden, kann es zum Bruch der eingebrauchten Metallteile kommen;
- überschießende und störende Narben (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen und später korrigiert werden können;
- bei zu früher Belastung des Hüftgelenks können Nähte reißen und weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern;
- Längenunterschiede der Beine; dies lässt sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden;
- Ausrenken des Hüftgelenks, vor allem in den ersten Monaten nach der Operation. Unter Umständen ist dann eine erneute Operation erforderlich;

- Verkalkungen in benachbarten Muskeln, die z.T. zu erheblichen Bewegungseinschränkungen führen können und u.U. langdauernde krankengymnastische oder ggf. auch operative Nachbehandlungen erfordern;
- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge Durchblutungsstörungen und Funktionseinschränkungen, im Extremfall bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (Kompartiment-Syndrom);
- in Ausnahmefällen eine schmerzhafte Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);
- im Laufe der Zeit gelegentlich erneute Lockerung oder extrem selten Bruch der Prothese; das Kunstgelenk muss dann gegen ein neues Gelenk ausgetauscht werden.

Nach der Operation?

- Informieren Sie bitte unverzüglich die Ärztin/den Arzt, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen oder Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.
- Meist ist nach der Operation, zumindest bis zum Abschluss der Wundheilung, die etwa 14 Tage dauert, die Benutzung von **Gehstützen** erforderlich. Belasten Sie das betroffene Bein bitte nur so stark, wie Ihre Ärztin/Ihr Arzt es Ihnen erlaubt hat.
- Sollten die Beine nach der Operation unterschiedlich lang sein, kann durch verschieden hohe Absätze Ausgleich geschaffen werden.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Im allgemeinen sind die Patienten mit dem Erfolg der Operation zufrieden. Durch den Eingriff werden die Schmerzen beseitigt oder zumindest gelindert und die Beweglichkeit des Hüftgelenks wird verbessert. Im allgemeinen ist es möglich, wieder schmerzfrei zu gehen und dem Alter entsprechende körperliche Leistungen zu vollbringen.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gesprächs nicht zu vergessen:

Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
2. Leiden Sie an einer **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? nein ja
3. Wurden **Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen** z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel oder Metalle beobachtet? nein ja
4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Ersteinsatz der Hüftprothese) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
 Waren **Blutübertragungen** nötig? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
7. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel, Hormone) ein? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
8. Rauchen Sie **Zigaretten**? nein ja
9. Trinken Sie **Alkohol**? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. Art der Prothese, spezielle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Fragen des Patienten, Beschränkung der Einwilligung z.B. hinsichtlich der Transfusion, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe des Patienten für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung der Operation

Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. fortschreitende Bewegungseinschränkung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken und über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine gegebenenfalls medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Klinikeindruck/Stempel

Operationen bei pyogenen (eitrigen) Infektionen der Hand

rechte Hand

linke Hand

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Untersuchung ergab bei Ihnen/Ihrem Kind eine Infektion, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im folgenden nur Arzt) mit Ihnen über die Notwendigkeit und Durchführung der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen des Eingriffes sowie Alternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll Ihnen helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Gibt es ohne Behandlung Gefahren?

Durch eine kleine, vielleicht unbemerkte Verletzung sind Keime ins Gewebe eingedrungen, die zu einer Entzündung geführt haben. Die vorliegende Infektion kann durch Medikamente alleine nicht behandelt werden. Ohne Operation besteht die Gefahr, daß sich die Infektion ausbreitet (Sehnenscheiden, benachbarte Gelenke oder Knochen). Kommt es zu einer solchen Ausbreitung, können bleibende Funktionseinbußen der Hand entstehen.

Wie wird operiert?

Um Blutungen zu verhindern und dadurch eine bessere Übersicht im Operationsgebiet zu erhalten, wird der Eingriff in Blutsperrung des Armes vorgenommen. Eine Druckmanschette am Oberarm verhindert das Einfließen des Blutes in den Arm.

Der Eingriff erfolgt in Oberarmbetäubung (Armplexusanästhesie) oder in Vollnarkose. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Im Gebiet der stärksten Entzündung wird von einem Schnitt aus evtl. vorhandenem Eiter eine Abflussmöglichkeit geschaffen und entzündlich verändertes Gewebe ausgeschnitten. Normalerweise kann die Wunde dann nach Einlage eines Kunststoffschlauches zum Saugen und/oder Spülen wieder

verschlossen werden. Manchmal werden auch medikamentenhaltige Kugelketten oder Schwämme eingelegt.

Bei weit fortgeschrittener Entzündung kann es erforderlich sein, Sehnen zu entfernen, die dann später in einem oder mehreren weiteren Operationsschritten wiederhergestellt werden müssen. Bei Infektionen eines Gelenkes ist häufig die Entfernung der Gelenkflächen erforderlich. Es kommt dann zur Versteifung dieses Gelenkes.

Ist der Knochen in die Entzündung mit einbezogen, müssen Knochenanteile entfernt werden, die entweder später durch Knochentransplantation vom Beckenkamm wieder aufgebaut werden oder eine Amputation erforderlich machen. Oft ist zusätzlich zur Operation eine Behandlung mit Medikamenten (Antibiotika) erforderlich.

Nach einer möglichst kurz gehaltenen Phase der Ruhigstellung wird, sobald die Infektion beherrscht ist, mit intensiven Bewegungsübungen begonnen.

Der volle Umfang der Infektion ist oft erst während der Operation zu erkennen. Eine unvorhersehbare **Änderung** oder **Erweiterung des geplanten Verfahrens** kann dann notwendig werden. Falls keine andere Wahl besteht und die Operation wegen eines erneuten Aufklärungsgesprächs nicht unterbrochen werden kann, gehen wir von Ihrem Einverständnis dazu

Operationen bei pyogenen Infektionen der Hand

aus. Durch die Unterbrechung der Operation würde sich die Behandlung verzögern und das Risiko von Zwischenfällen steigen.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt kann es während und nach der Operation vereinzelt zu Störungen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen oder Nachoperationen erforderlich machen können. Zu nennen sind:

Während der Operation:

- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Nerven, Gefäße, Sehnen); hierdurch können Nachoperationen erforderlich werden.

Nervenverletzungen können trotz operativer Behandlung (Nervennaht) zu dauerhaften Störungen der Gefühlsempfindlichkeit in einem bestimmten Gebiet führen. Lähmungen kommen dagegen praktisch nicht vor;

- Druckschäden an Nerven und Weichteilen durch die Blutsperre oder Lagerung bei der Operation. Sie sind meist vorübergehend; vereinzelt können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl) zurückbleiben. Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom können nach dem Abheilen Narben hinterlassen.

Nach der Operation:

- Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen (evtl. auch operativ);
- Einblutungen und starke Schwellungen der Weichteile, die trotz konsequenter Hochlagerung auftreten können. Dadurch kann der Verband zu eng werden. Sind die Finger blau oder gefühllos, muss dringlich Abhilfe geschaffen werden;

- Fortschreiten der Infektion: Trotz sorgfältigster Vorgehensweise und zusätzlicher Gabe von Medikamenten kann es zu einem Fortschreiten der Infektion kommen. In diesen Fällen läßt sich ein erneuter operativer Eingriff nicht vermeiden;
- Bildung von inneren Narben: Durch die Entzündung kommt es häufig zu ausgedehnter Narbenbildung, die Sehnen, Nerven oder Kapsel-/Bandstrukturen der Gelenke einbezieht. Diese Narben können zu funktionellen Beeinträchtigungen führen. Meist können diese Störungen durch intensive Nachbehandlung behoben werden; selten ist eine Nachoperation erforderlich;
- Narbenzug: Da bei infektiösem Geschehen die Wunden nicht so fest vernäht werden wie nach einer normalen Operation, kommt es gelegentlich zu ungünstiger Narbenbildung. Narbenzug und Spannungen können oft operativ korrigiert werden;
- in Ausnahmefällen schmerzhafte Weichteilschwellung gekoppelt mit funktionellen Durchblutungsstörungen (örtliches Hitze-Kälte-Gefühl), die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe sowie zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung von Gelenken führen kann. Diese **Reflexdystrophie** oder **Sudeck'sche Erkrankung** bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Infektionen an Hand oder Unterarm sind im allgemeinen durch das Zusammenspiel von Operation und Medikamenten behandelbar.

Schädigungen an Haut, Nerven, Knochen, Muskeln oder Sehnen, die bereits durch die Infektion verur-

Vereinfachte schematische Darstellung

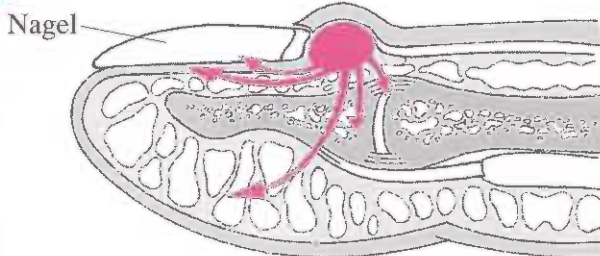


Abb. 1: Nagelbettentzündung (Paronychie) und mögliche Ausbreitungswege

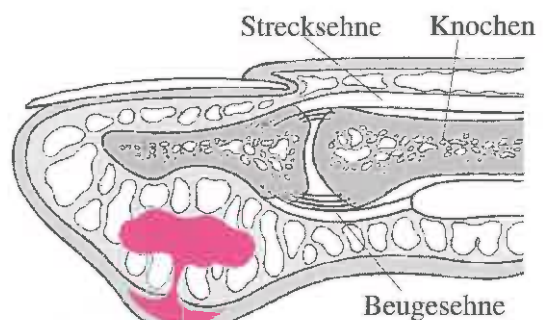


Abb. 2: Krakenkopfabzess

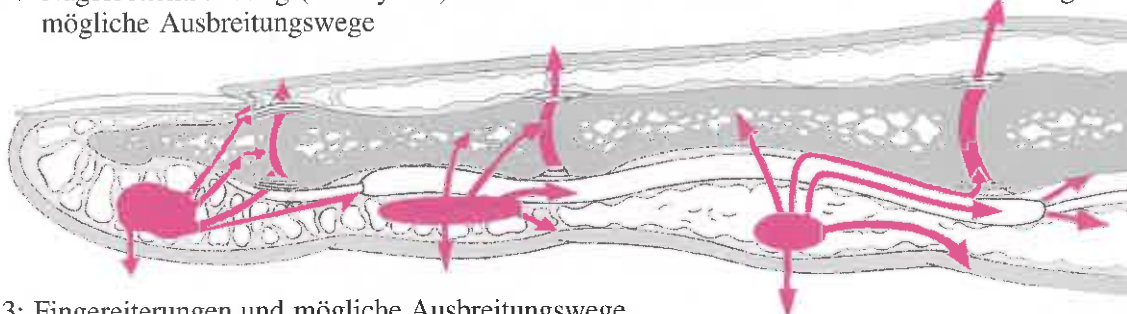


Abb. 3: Fingereiterungen und mögliche Ausbreitungswege

Operationen bei pyogenen Infektionen der Hand

sacht wurden, lassen sich in den meisten Fällen durch den Eingriff nicht rückgängig machen. Weitergehende Maßnahmen zur Wiederherstellung werden dann nach dem Ausheilen der Infektion erforderlich.

Worauf ist zu achten?

Beachten Sie bitte die vorübergehende **Einschränkung der Straßenverkehrstauglichkeit**, wenn der Eingriff ambulant durchgeführt wird. Lassen Sie sich/Ihr Kind daher abholen. Es darf in den ersten 12-24 Stunden nach der Operation kein Kraftfahrzeug oder Zweirad geführt, nicht an gefährlichen Maschinen gearbeitet und es dürfen keine wichtigen Entscheidungen getroffen werden.

Informieren Sie Ihren Arzt unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** (z.B. Kribbeln, Taubheitsgefühl) oder **bläuliche Verfärbungen der Haut, der Finger oder der Nägel** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die sofort behandelt werden müssen, da sonst dauerhafte Schäden entstehen können.

Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf **Ihre Mithilfe** angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die Ihre Ärztin/Ihr Arzt mit Ihnen besprechen wird! In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und häufig auch krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint. Hier haben Sie die Möglichkeit Ihre Fragen (z.B. Schnittverlauf, Klinikaufenthaltsdauer) zu notieren, damit Sie diese beim Gespräch nicht vergessen.

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird von der körperlichen Verfassung und von Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

- Besteht eine **Allergie** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** (z.B. gegen örtliche Betäubungsmittel, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente)? nein ja
- Leiden Sie an einer **akuten/chronischen Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc) oder an einem anderen **schwerwiegenden chronischen Leiden** (z.B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? nein ja
- Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
Besteht eine **Bluterkrankung** oder eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)? nein ja
- Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes, Über-/Unterfunktion der Schilddrüse) oder **wichtiger Organe** (z.B. Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Nervensystem) bekannt? nein ja
- Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Verhütungs-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar, Aspirin, Hormone) ein? nein ja
Wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____
- Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
- Haben Sie **Krampfadern**? nein ja
- Kam es früher schon zur **Bildung/ Verschleppung von Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
- Rauchen Sie Zigaretten?** nein ja
Wenn ja, wie viele pro Tag? _____
- Frauen im gebärfähigen Alter:**
Liegt der Operationstermin im Zeitraum der nächsten **Regelblutung**? nein ja
Könnten Sie **schwanger** sein? nein ja



Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, geplantes Operationsverfahren, Neben- u. Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Im Falle einer Ablehnung der Operation:

Der vorgeschlagene Eingriff wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z. B. Verschlimmerung der Beschwerden, fortschreitende Funktionseinbuße der Hand) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes hat mich

Frau/Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über mögliche Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation **ein**. Mit medizinisch erforderlichen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Klinikeindruck/Stempel

Manipulationstherapie (Chirotherapie/Manuelle Medizin)

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

nach eingehender Untersuchung hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt (im Folgenden nur Arzt) festgestellt, dass Ihre Beschwerden und/oder Bewegungseinschränkungen auf Störungen in bestimmten Abschnitten Ihrer Wirbelsäule beruhen, die sich nach aller Voraussicht durch eine manualmedizinische Behandlung (Chirotherapie) beheben lassen. Vor der Behandlung wird der Arzt mit Ihnen über die Notwendigkeit und Durchführung der geplanten Maßnahme sowie über die Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen der Behandlung kennen, damit Sie sich entscheiden und in die Behandlung einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Welche Voruntersuchungen sind nötig?

Die oben genannte eingehende Untersuchung durch Ihren Arzt dient der Auswahl des richtigen Therapieverfahrens und dem Ausschluss von Hinderungsgründen für eine Chirotherapie (Kontraindikationen). Sie umfasst auch eine orientierende neurologische Prüfung, gegebenenfalls eine Prüfung der Durchblutung auch durch Ultraschallverfahren, Röntgenaufnahmen und evtl. andere bildgebende Verfahren. Dazu gehört auch die Befragung des Patienten, weshalb Sie gebeten werden, die Fragen auf Seite 3 gewissenhaft zu beantworten.

Was ist Chirotherapie?

Die Chirotherapie ist eine Jahrtausende alte Untersuchungs- und Behandlungsform, mit der Funktionsstörungen der Bewegungsorgane und insbesondere der Wirbelsäule erkannt und behandelt werden können. Besonders seit Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die ärztliche Chirotherapie zu einer auch von der medizinischen Wissenschaft anerkannten Methode entwickelt; darin weitergebildete Ärzte führen die Zusatzbezeichnung „Chirotherapie/Manuelle Medizin“.

Welche chirotherapeutischen Maßnahmen gibt es?

Bei Störungen an der Wirbelsäule führt die **gezielte Manipulation** (Handgrifftechnik mit schnellem Impuls) am sichersten und schnellsten zum Erfolg. Dabei sind häufig auch Maßnahmen an den Gelenken erforderlich. Sie wird mit einem möglichst geringen Impuls durchgeführt und ist ausschließlich den Ärzten vorbehalten. Die sachgerechte Anwendung der gezielten Manipulation kann die gestörte Funktion an der Wirbelsäule und an den Gelenken von Armen und Beinen oft sehr schnell wiederherstellen. Oft ist damit auch eine Schmerzlinderung verbunden. Deshalb ist die Chirotherapie heutzutage auch eine sehr wirksame Methode der Schmerzbekämpfung.

Neben der Manipulation kommen **Mobilisationen** zur Anwendung. Dabei werden auch neuromuskuläre Techniken (z.B. Muskeldehnung) und sog. Weichteiltechniken (z.B. Bänderdehnung) eingesetzt. Mobilisationsbehandlungen nehmen in der Regel mehr Zeit in Anspruch und erfordern meist längere Behandlungsserien. Sie können nach Verordnung des Arztes auch von entsprechend ausgebildeten Physiotherapeuten (Krankengymnasten) durchgeführt werden.

Manipulationstherapie

Vor der eigentlichen Manipulationsbehandlung führt der Arzt eine vorsichtige **diagnostische Probemobilisation** durch. Er wird Sie fragen, ob dabei ausstrahlende Schmerzen oder Zeichen für eine Reizung der Halswirbelsäulenarterie (Arteria vertebralis) wie z.B. Schwindel, Ohrensausen oder Sehstörungen auftreten. Wenn das nicht der Fall ist, wird er die Manipulation durchführen.

Gibt es andere Behandlungsmethoden?

Zur Behandlung Ihrer Beschwerden kommen auch andere Methoden in Frage. Sie sind aber entweder durch wesentlich längere Behandlungszeiten und unsicheren Behandlungserfolg (Krankengymnastik, physikalische Therapie, orthopädische Hilfsmittel), durch Nebenwirkungen (Medikamente) oder die Gefahr von Infektionen, Nervenwurzelschädigungen, Rückenmarkschädigungen (Injektionen in Gelenke oder im Wirbelsäulenbereich) belastet. In Ihrem Fall empfehlen wir die Chirotherapie.

Die Chirotherapie kann auch mit anderen Behandlungsmethoden (z.B. Krankengymnastik, Injektionen) sinnvoll kombiniert werden. Gegebenenfalls wird Ihr Arzt mit Ihnen darüber, einschließlich evtl. dabei auftretender Risiken, sprechen.

Können Komplikationen auftreten?

Wird die Chirotherapie an den **Gelenken von Armen und Beinen** kunstgerecht angewandt, sind damit keine Risiken verbunden.

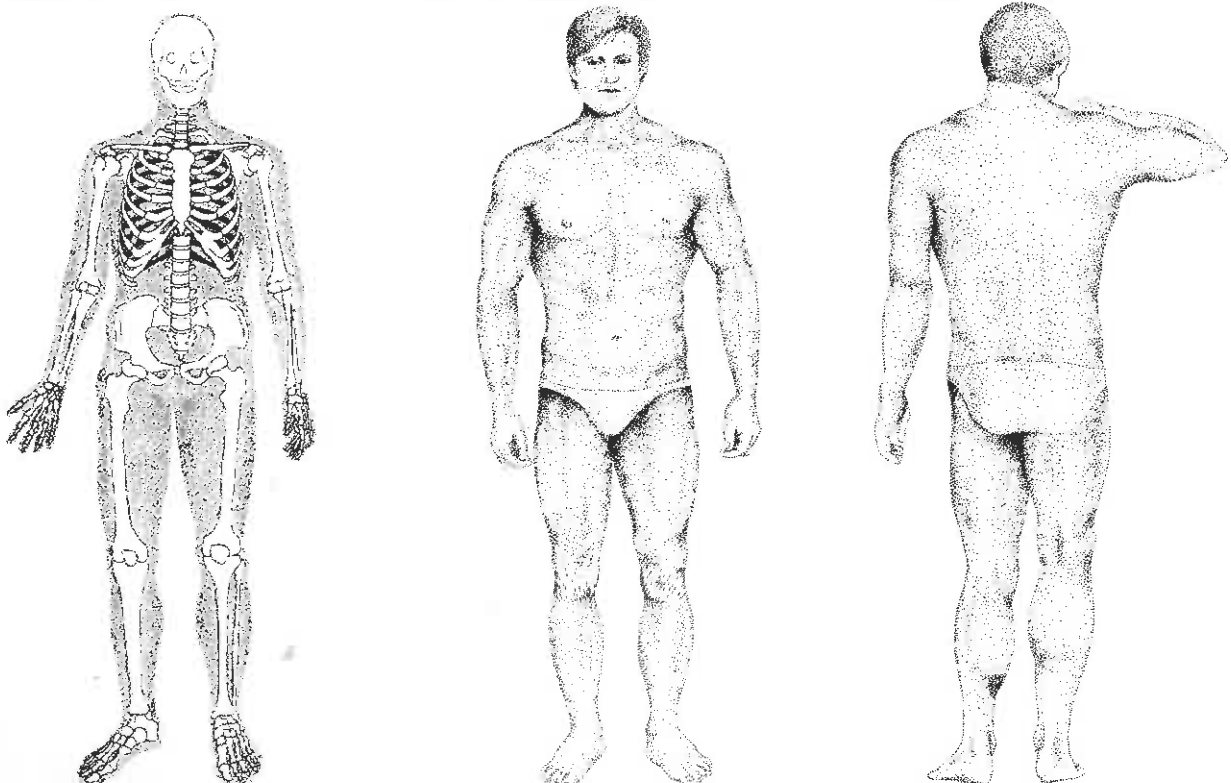
Eine Manipulationstherapie an der **Wirbelsäule** birgt gewisse Risiken in sich, deren Auftreten auch bei kunstgerechter Anwendung nicht gänzlich auszuschließen ist:

- Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es keinen Hinweis, dass eine nach den Regeln der Kunst durchgeführte Manipulation an der Wirbelsäule eine Bandscheibenschädigung hervorrufen kann.

Bei einer schon bestehenden Bandscheibenvorwölbung oder bei einem bis dahin nicht bekannten Bandscheibenvorfall kann es **sehr selten** (unter 0,1 %) zu einer Nervenwurzelschädigung mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörungen oder (noch seltener) Lähmungen im Bereich der Arme oder Beine kommen. Dieses kann aber in einem solchen Fall auch durch Alltagsbewegungen oder Alltagsursachen, wie z.B. eine schnelle Drehung, ungeschicktes Bücken, das Anheben eines Wassereimers oder Niesen ausgelöst werden. Tritt ein solches Ereignis jedoch ein, können u.U. länger dauernde Lähmungserscheinungen, die eine stationäre Behandlung und ggf. eine Bandscheibenoperation erfordern, die Folge sein;

- Nach dem heutigen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es auch keinen Hinweis, dass die sachgerechte Durchführung einer Manipulation an der Halswirbelsäule eine Dissektion (Verletzung) gesunder hirnversorgender Halsgefäße primär verursacht.

Bei Patienten mit einer verminderten Belastbarkeit der Halsgefäße kann es aber zu spontanen



Manipulationstherapie

Einrissen und Schädigungen der Gefäßwand der Halswirbelsäulenschlagader kommen, ohne dass eine von außen kommende Verletzung des Gefäßes vorausgegangen ist. Diese sog. Spontandissektionen sind nicht immer erkennbar. Bei einer sehr seltenen, nicht erkennbaren Gefäßschädigung (deutlich unter 0,01 %) kann es aber, wie auch durch andere schnelle Bewegungen zum Ablösen eines Blutgerinnsels kommen, das entweder das Blutgefäß verlegen kann oder direkt zu einer Schädigung von Hirnabschnitten im Sinne eines Schlaganfalles führen kann. Dabei handelt es sich um eine gefährliche Komplikation, die lebensbedrohlich sein kann und eine sofortige Versorgung im Akutkrankenhaus erfordert.

Über Ihre speziellen Risiken und die damit verbundenen möglichen Komplikationen informiert Sie Ihr Arzt im Aufklärungsgespräch näher.

Ihr Arzt wird eine Manipulationstherapie bei Ihnen nur durchführen, wenn er bei Ihnen die Gefahr des Eintritts der genannten Risiken nicht sieht und sich von der Anwendung dieser Methode den größten und schnellsten Erfolg verspricht. Selbstverständlich kann der Arzt keine Garantie für den Behandlungserfolg übernehmen. Es ist ferner nicht auszuschließen, dass es in **sehr seltenen** Fällen auch zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Beschwerden kommen kann.

Worauf ist nach der Behandlung zu achten?

Sollten bei Ihnen nach einer Manipulationstherapie **Schmerzen, Nervenstörungen, Schwindel** oder eine **unerklärliche Müdigkeit** auftreten, so informieren Sie bitte unverzüglich Ihren Arzt.

Ein leichter vorübergehender Schwindel nach einer Manipulation (bis 5 Min.) ist harmlos. Vorsichtshalber sollten Sie sich aber nach einer **Manipulation an der Wirbelsäule** noch ca. 15 Min. in der Arztpraxis aufhalten und nach Auftreten eines solchen vorübergehenden Schwindels für **ca. 1 Stunde kein Kraftfahrzeug fahren**.

Was der Arzt wissen sollte ...

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig. Sie helfen damit Ihrem Arzt, Ihren Fall richtig zu beurteilen und Gefahren bei einer Behandlung möglichst auszuschließen.

1. Wo treten die **Schmerzen** oder **Bewegungsstörungen** bei Ihnen auf?
- Kopf/Hals/Nacken
 - Brustwirbelsäule/Brustkorb
 - Lendenwirbelsäule/Becken

Haben diese Schmerzen einen **pulsierenden** (klopfenden) **Charakter**? nein ja

2. **Strahlen** diese Schmerzen **aus**? nein ja
 Falls ja: in Schultern/Arme
 in Gesäß/Beine
 in den Brustkorb
 in den Bauchraum
3. **Seit wann** haben Sie diese Beschwerden? _____
4. **Wie** haben diese Beschwerden **begonnen**?
 plötzlich
 langsam sich steigernd
 zunächst in Abständen
5. Leiden Sie unter **Schwindel, Hörstörungen oder Ohrgeräuschen**? nein ja
Wechseln diese Ohrgeräusche **mit Ihrer Pulsschlagfrequenz**? nein ja
6. Hatten Sie während der letzten Tage/ Wochen eine **vorübergehende Lähmung**? nein ja
7. Hatten Sie/Haben Sie in der letzten Zeit **unklar aufgetretene Sehstörungen**? nein ja
8. Erlitten Sie Unfälle mit Verletzungen an der Wirbelsäule, an Armen oder Beinen? nein ja
 Falls ja, welche und wann? _____
9. Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule operiert? nein ja
10. Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
11. Ist bei Ihnen eine rheumatische Erkrankung bekannt? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
12. Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt? nein ja
13. Neigen Sie zu Thrombosen oder zu Blutungen oder Blutergüssen? nein ja
14. Wurden sie schon einmal chirotherapeutisch (auch chiropraktisch durch einen Heilpraktiker o.ä.) behandelt? nein ja
 Wenn ja, wann? _____
15. Wurde Ihre Wirbelsäule schon einmal geröntgt? nein ja
 Wenn ja, welcher Teil und wann? _____

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder unklar erscheint. Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren (z.B. Notwendigkeit/Dringlichkeit der Behandlung), damit Sie diese beim Gespräch nicht vergessen:

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezielle Fragen des Patienten, Neben- und Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Behandlung, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur im Falle einer Ablehnung der Behandlung

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. Fortbestehen/Verschlimmerung der Beschwerden) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Einwilligungserklärung

Über die geplante Behandlung hat mich

Frau/Herr Dr. _____
in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie Neben- und Folgemaßnahmen (z.B. Mobilisationen, Injektionen) und ihre Risiken und über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen** fühle mich, **in für mich voll verständlicher Form, genügend informiert und willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die vorgeschlagene chirotherapeutische Behandlung **ein**. Bei einer Behandlung der Wirbelsäule bin ich auch mit einer dabei erforderlich werdenden Mitbehandlung anderer, als des zunächst vorgesehenen Wirbelsäulenabschnittes einverstanden. Weitere medizinisch erforderliche Neben- und Folgemaßnahmen, außer

finden meine Zustimmung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Klinikeindruck/Stempel

Operationen an Zehen und Vorfuß

- rechter Fuß
- linker Fuß

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchung ergab eine Verformung der Zehen oder des Vorfußes, die operativ behandelt werden soll. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen sowie Behandlungsalternativen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Wie ist der Fuß aufgebaut?

Der Vorfuß (s. Abb. 1) besteht aus den Mittelfußknochen und den Zehengliedern. Die Köpfchen der Mittelfußknochen grenzen an das Zehengrundgliedgelenk. Muskeln, Sehnen und Bänder halten den Vorfuß und die Zehen in ihrer natürlichen Form. Durch eine ererbte Anlage, rheumatische Erkrankungen, aber auch Fehlbelastungen, schlecht sitzende Schuhe oder selten durch einen Unfall kann es zu einer sehr schmerzhaften Verformung von Zehen und Vorfuß kommen. Das normale Abrollen des Fußes beim Laufen ist dadurch gestört. Schmerzen - zunächst im Fuß, später im ganzen Bein - können die Folge sein.

Überbeschwiellung am 2. Mittelfußköpfchen (Metatarsalgie).

- Hallux rigidus** (Steif-Großzehe)
Abnutzungserscheinungen (Arthrose) am Großzehengrundgliedgelenk und Verklebungen der Gelenkkapsel führen zu einer Versteifung der Großzehe. Dadurch ist das Abrollen des Fußes gestört.
- Hallux malleus** (Hammer-Großzehe, s. Abb. 2b)
Eine Überbeugung im Grundgliedgelenk mit Überstreckung im Endgliedgelenk ist beim Hallux malleus als Abnormität oder nach Unterschenkel-/Fuß-Frakturen mit abgelaufenem Muskellogensyndrom zu beobachten.

Welche Verformung liegt vor?

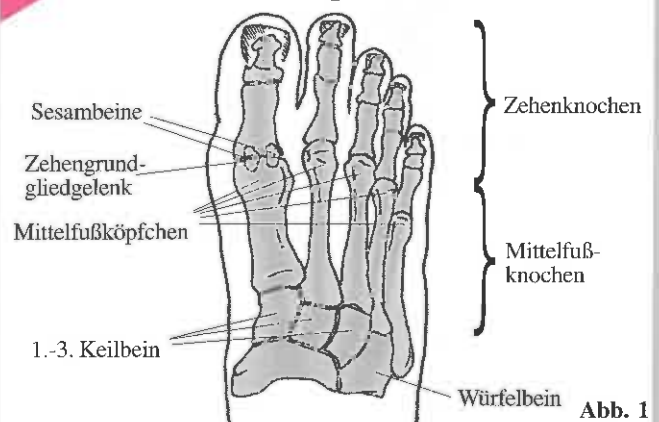
Es gibt verschiedene Verformungen am Fuß, die jeweils einzeln oder miteinander kombiniert auftreten können.

Das für Sie Zutreffende wird angekreuzt.

- Hallux valgus** (X-Großzehe, Ballenfuß, s. Abb. 2a)
Als Folge eines Spreiz-, Senk- oder Plattfußes kommt es häufig zur seitlichen Abwinkelung der Großzehe im Grundgliedgelenk. Das Köpfchen des ersten Mittelfußknochens wird zur Fußinnenseite gedrückt, die Zehenknochen der Großzehe weichen in Richtung der Kleinzeh ab. Die 2. Zehe rutscht oft über die Großzehe.

Häufig kommt es gleichzeitig zu Schmerzen und

Schematische Darstellung: Gesunder Fuß



Operationen an Zehen und Vorfuß

❑ Krallen- und Hammerzehen

Durch eine abnorme Beugstellung im Mittel- (Hammerzehe) und Endgelenk (Krallenzehe, s. Abb. 2c) der Zehen kommt es zu einer dauerhaften Fehlstellung. Dies kann einzeln oder bei mehreren Zehen gleichzeitig vorkommen und tritt häufig als Folge eines Spreizfußes, seltener nach schweren Fuß- oder Unterschenkelverletzungen auf. Zusätzlich sind die Zehen oft im Grundgliedgelenk überstreckt. Die Folgen sind schmerzhafte Schwielen (Hühneraugen) über dem gebeugten Mittelgliedgelenk.

❑ Digitus quintus varus (O-Kleinzehe)

Dabei liegt die Kleinzehe über oder unter der 4. Zehe und das 5. Mittelfußköpfchen drückt nach außen.

Bei einigen der aufgezählten Erkrankungen kann auch eine Behandlung ohne Operation (konservative Behandlung) z.B. mit Fußgymnastik, Einlagen, orthopädischen Hilfsmitteln Erfolg versprechend sein. In Ihrem Fall empfehlen wir jedoch eine Operation.

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff wird in Vollnarkose, Teilnarkose oder örtlicher Betäubung durchgeführt. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

In der Regel wird vor Operationsbeginn mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperrung angelegt, um die Übersicht zu verbessern und den Blutverlust zu minimieren. Damit ist eine eventuell notwendige Blutübertragung so gut wie ausgeschlossen.

Alle Operationsverfahren dienen dem Zweck, die normale Anatomie und Funktion des Fußes soweit wie möglich wiederherzustellen. Nur bei schwerer

entzündlicher oder degenerativer Gelenkveränderung werden Gelenkentfernung, Gelenkversteifung oder Gelenkersatz empfohlen. Von der großen Vielzahl verschiedener Operationsmethoden können nur die am häufigsten angewandten schematisch dargestellt werden.

Das Prinzip aller unten aufgeführten Operationsmethoden beinhaltet einzeln oder meist kombiniert Achsenkorrektur des Mittelfußknochens, Abtragen von überschüssigem Knochen (Exostosen), Sesambein-Ausrichtung, Kapselraffung und Muskelentlastung oder -versetzung.

Hallux valgus

❑ Korrigierende, körpernahe, knöcherne Umstellungsoperation am Mittelfußknochen (Osteotomie, Abb. 2d)

Die Achse des Mittelfußknochens wird mit einfacher schräger oder runder Durchtrennung, Verschiebung und/oder Entnahme eines Knochenkeils korrigiert. In der Regel ist eine Stabilisierung mit Schrauben, Plättchen oder Drähten notwendig.

❑ Korrigierende körperferne Verschiebe-Osteotomie nach Kramer, nach Bösch, nach Chevron oder nach Scarf (s. Abb. 2e)

Der Mittelfußknochen wird nahe zum Großzehengrundgliedgelenk durchtrennt und der körperferne Anteil nach außen verschoben. Eine Stabilisierung mit Draht, Schraube oder Plättchen ist notwendig.

❑ Versteifendes Verfahren nach Lapidus (s. Abb. 3a)

Wenn beim Hallux valgus der Mittelfußknochen nicht nur nach innen, sondern zusätzlich auch nach oben abweicht, wird die Achse korrigiert und das Gelenk zwischen 1. Mittelfußknochen und 1. Keilbein versteift. Bei diesem Verfahren



Abb. 2a Hallux valgus

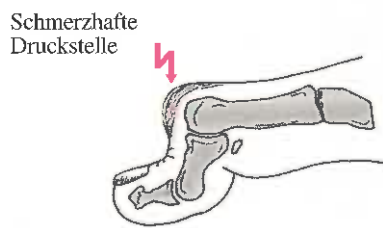


Abb. 2b Hallux malleus

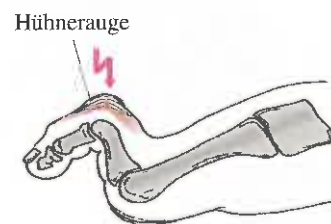


Abb. 2c Krallenzehe



Abb. 2d proximale Osteotomie

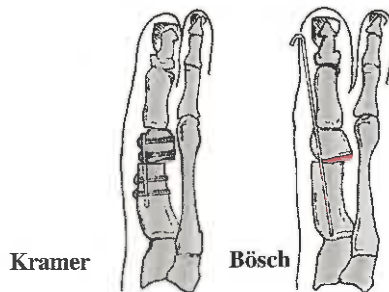
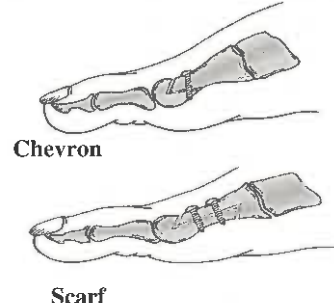


Abb. 2e distale Osteotomie



Operationen an Zehen und Vorfuß

wird oft die Entnahme eines Knochenspans am Beckenkamm notwendig sowie immer eine Stabilisierung mit Schrauben oder Plättchen.

- Korrigierende Osteotomie der Großzeh-Grundgliedbasis** (nach Akin, s. Abb. 3b)
Beim schweren Hallux valgus ist manchmal eine zusätzliche Korrektur der Großzehachse durch Entnahme eines kleinen Knochenkeiles notwendig. Sie erfordert eine zusätzliche Stabilisierung mit Naht, Spickdraht, Drahtschleife oder Miniplättchen.
- Andere Verfahren oder zusätzliche Maßnahmen** (s. Skizze)

Hallux rigidus

- Knöcherne Versteifung des Großzehengrundgliedgelenkes/Gelenkersatz** (s. Abb. 3c)
Der Arzt entfernt bei Versteifung/Ersatz den restlichen Gelenkknorpel. Die Knochenflächen werden dann in einer Position, die für das Abrollen des Fußes günstig ist, fixiert (z.B. mit einer Schraube, Plättchen oder Draht) und so versteift (li. Bildhälfte) bzw. durch eine Prothese ersetzt (re. Bildhälfte).
- Verkürzung des Grundgliedes nach Brandes** (s. Abb. 3d)
Der Arzt entfernt bei schwerem Gelenkverschleiß einen Teil des Gelenkes aus dem Großzehengrundglied und stellt die Großzehe gerade. Dadurch wird die Großzehe kürzer, kosmetisch weniger schön und oft für längere Zeit sehr locker, weil Muskeln und Sehnen im Verhältnis zu lang werden. Meist muss sie für mindestens 3 Wochen mit einem Draht fixiert werden. Eine

nachfolgende Überbelastung des zweiten Mittelfußköpfchens ist möglich.

- Andere Verfahren oder zusätzliche Maßnahmen** (s. Skizze)

Hallux malleus (Hammer-Großzeh)

- Meist wird eine Verlängerung der Beuge- und Streckersehne mit Kapsellösung und anschließender Draht-Transfixation (ca. 3 Wochen) notwendig.
- Andere Verfahren oder zusätzliche Maßnahmen** (s. Skizze)

Krallen-, Hammerzehen

- Tenotomie (z.B. nach Muskellogen-Syndrom)**
Der Arzt durchtrennt über einen sehr kleinen Schnitt die kurze und/oder lange Beugesehne und fixiert die korrigierte Stellung mit einem Draht für ca. 3 Wochen. Bei Verzicht auf eine Drahtfixation muss die Zehe vom Patienten selbst etwa 6 Wochen lang täglich sehr oft passiv gestreckt und überstreckt werden, damit sie sich nicht wieder einkrümmt. Mit einer Minderung der Beugekraft ist zu rechnen.
- Beuge-/Streckerumkehrung** (Intrinsic-Procedure nach Girdlestone, s. Abb. 3e).
Bei noch flexiblen Hammer-/Krallenzehen werden die Zehenbeuger steigbügelartig zu Zehenstreckern umgelenkt. Eine Draht-Transfixation (ca. 3 Wochen) ist notwendig. Mit einem Beuge-defizit ist zu rechnen.

Vereinfachte schematische Darstellung

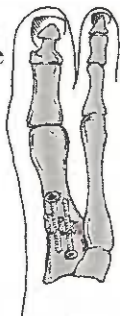


Abb. 3a Verfahren nach Lapidus

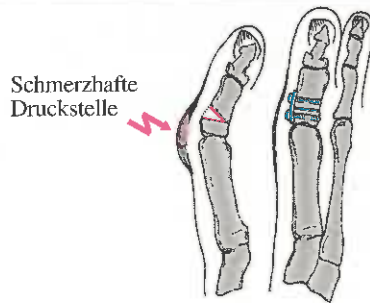


Abb. 3b Operation nach Akin

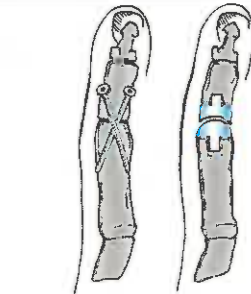


Abb. 3c Großzehengrundgliedgelenkversteifung-/ersatzoperation

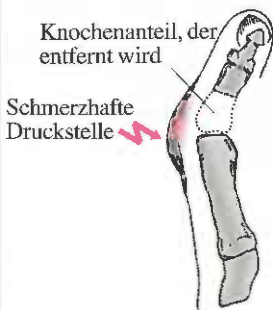


Abb. 3d Brandes-Operation

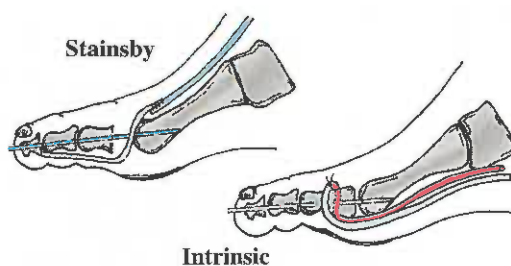


Abb. 3e Korrektur der Kleinzehen

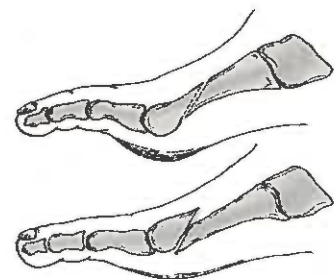


Abb. 3f Operation nach Reikeras

Operationen an Zehen und Vorfuß

Operation nach Hohmann:

Der Arzt entfernt bei kontrakten Hammer-/ Krallenzehen, meist nach Ausschneidung des schmerzhaften „Hühnerauges“ über diesen zu erweiternden Schnitt das Köpfchen des Grund- oder die Basis des Mittelfliedes und rafft die Strecksehne. Eine Draht-Transfixation (ca. 3 Wochen) ist notwendig.

Operation nach Keller-Stainsby (Abb. 3e)

Bei ausgeprägten Hammer-/Krallenzehen mit bereits eingetretener Verrenkung der Zehe nach fußrückenwärts (oft bei Rheuma) wird das Grundglied teilweise entfernt, die abgelöste Beugesehne an die Streckersehne in Höhe des Mittelfußköpfchens geheftet. Eine Draht-Transfixation für ca. 3 Wochen ist notwendig.

Operation nach Reikeras (Abb. 3f)

Bei schmerzhaftem, zu tief stehendem Mittelfußköpfchen (Metatarsalgie) kann eine schräge Osteotomie mit anschließend funktioneller Behandlung, d.h. Vollbelastung im Schuh, ein Höher-treten des Köpfchens erlauben und somit die Schmerzen nehmen.

Andere Verfahren oder zusätzliche Maßnahmen (s. Skizze).

Digitus quintus varus (O-Kleinzehe)

Die Behandlung erfolgt meist durch Osteotomien, Sehnenverlagerung oder andere Weichteileingriffe.

Andere Verfahren oder zusätzliche Maßnahmen (s. Skizze).

Raum für Operations-skizze



Erweiterung des Eingriffes?

Falls der behandelnde Arzt mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffes rechnet, wird er Sie über Vor- und Nachteile, mögliche Risiken und Langzeitfolgen der zusätzlichen Maßnahmen gesondert aufklären. Bitte fragen Sie danach.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt können bei der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die u.U. weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern. Zu nennen sind insbesondere:

- Allergische Reaktionen: Nach Einspritzen örtlicher Betäubungsmittel oder anderer Medikamente können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit und - selten - auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum lebensbedrohlichen Kreislaufchock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern;
- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Muskeln, Sehnen, Blutgefäße, Nerven), die in der Regel folgenlos bleiben oder nur geringfügige Störungen verursachen;
- Druckschäden an Nerven und Weichteilen infolge von Lagerung, Blutsperrung oder durch Hakenzug bei der Operation. Sie bilden sich meist innerhalb weniger Wochen zurück. In Einzelfällen können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl, Teillähmung) oder schmerzhafte Narben zurückbleiben. Das gilt auch für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;
- Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können in seltenen Fällen Haut- und Weichteilschäden (Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Nerven- und Venenreizungen) und langandauernde Beschwerden (Narben, Schmerzen) zur Folge haben;
- Nachblutungen und Blutergüsse, die eventuell operativ behandelt werden müssen;
- Infektionen im Operationsgebiet; trotz Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Selten entsteht daraus eine chronische Knocheneiterung (Osteitis); ebenso selten kommt es infolge der Entzündung zu Gelenkversteifungen oder in extremen Ausnahmefällen zum Verlust einer Zehe, schlimmstenfalls des Vorfußes;
- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge Durchblutungsstörungen und Funktionseinschränkungen, im Extremfall bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (so z.B. bei Kompartment-Syndrom);
- Bildung eines Falschgelenkes (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird;

Operationen an Zehen und Vorfuß

- Wanderung von Drähten; die Drähte müssen dann entfernt werden, da es sonst zu Verletzungen kommen kann;
- überschießende und störende oder schmerzhafte Narben (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen können und spätere Nachkorrekturen erfordern;
- Überkorrektur und schmerzhafte Bewegungseinschränkungen, die nicht auszuschließen sind; im Laufe der Zeit kann es nach einer erfolgreichen Operation zu einem Rückfall der Erkrankung kommen;
- in Ausnahmefällen eine schmerzhafte Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung aller Fußgelenke führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);
- Thrombo-Embolie: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), die in die Lungen (Embolie) oder bei Herzscheidewanddefekten auch in das Gehirn verschleppt werden können und hierdurch lebensgefährliche Atemnot und Kreislaufstörungen bzw. einen Schlaganfall verursachen. Das Risiko ist erhöht bei starkem Übergewicht, Rauchen und beim Gebrauch der „Pille“. Fragen Sie den Arzt, ob vorbeugende Maßnahmen (Thromboseprophylaxe) erforderlich sind! Die Beeinflussung der Blutgerinnung durch Medikamente wie z.B. Aspirin kann andererseits Nachblutungen begünstigen;
- bei zu früher Belastung des Gelenkes können Nähte an Muskeln und Sehnen reißen und weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern.

Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Worauf ist nach der Operation zu achten?

- Beachten Sie bitte, wenn der Eingriff **ambulant** durchgeführt wird, dass das **Reaktionsvermögen** nach der Narkose oder der Gabe eines Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittels vorübergehend beeinträchtigt ist.

Lassen Sie sich deshalb bitte abholen. Sorgen Sie für eine ständige Aufsicht in den ersten **24 Stunden** nach dem Eingriff. Ferner sollten Sie in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen**, kein Fahrzeug steuern, nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls stärkere **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** (z.B. Taubheitsgefühl, Kribbeln) oder **Verfärbungen der Haut** auftreten. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.
- In der Regel müssen Sie den operierten Fuß einige Wochen lang entlasten, indem Sie **Gehstützen** benutzen oder einen speziellen Schuh tragen. Belasten Sie den Fuß in dieser Zeit nur so stark, wie es Ihnen erlaubt wurde.
- Manchmal sind spezielle Einlagen erforderlich. Tragen Sie in der Anfangszeit nur **bequeme Schuhe** und vermeiden Sie Schuhe, die Ihre Zehen wieder in die falsche Stellung zwingen.
- Vor allem nach Operationen an der Großzehe sind in den ersten Monaten unter Umständen **korrigierende Nachtschienen** erforderlich, um der Rückfallgefahr entgegenzuwirken.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
Wenn ja, welche? _____
2. Leiden Sie an einer **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS)? nein ja
Wenn ja, an welcher? _____
3. Wurden **Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen** z.B. gegen Pflaster, Latex, Nickel oder andere Metalle, Medikamente, Nahrungsmittel beobachtet? nein ja

Operationen an Zehen und Vorfuß

- 4. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)? nein ja
Waren **Blutübertragungen** nötig? nein ja
- 5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
- 6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
- 7. Nehmen Sie **regelmäßig blutgerinungs-hemmende Medikamente** (z.B. Marcumar, Aspirin) oder **andere Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerzmittel, Hormone) ein? nein ja
Wenn ja, welche? _____

- 8. Für Frauen:**
Sind Sie sicher, dass Sie mit der **Anti-babypille** bzw. mit **Östrogenpräparaten** mindestens 6 Wochen pausiert haben? nein ja
- Sind Sie sicher, dass Sie nicht **schwanger** sind? nein ja

Ort/Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffs

Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. Schmerzen, zunehmende Bewegungseinschränkung, Verschlimmerung des Gelenkverschleißes) wurde informiert.

Ort/Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Beschränkung der Einwilligung, Betreuungsfall)

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes hat mich

Frau/Herr Dr. _____
in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation des

rechten Fußes linken Fußes **ein.**

Mit einer unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterung des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Klinikeindruck/Stempel

Versteifungsoperation an der Lendenwirbelsäule und am Übergang Brust-/Lendenwirbelsäule

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchung ergab, dass Ihre Wirbelsäule instabil ist und operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sowie über die Behandlungsalternativen sprechen. Damit Sie sich entscheiden und in die Operation einwilligen können, müssen Sie das operative Vorgehen und typische Folgen und Risiken des Eingriffes kennen. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Was ist eine Instabilität (Lockerung) der Wirbelsäule?

Die Wirbelsäule schützt das Rückenmark und die Nervenfasern vor Verletzungen und Überdehnung. Das Rückenmark liegt im Wirbelkanal, der vorn von den Wirbelkörpern und seitlich von den Wirbelbögen begrenzt wird, die sich hinten zum Dornfortsatz verbinden. Die Wirbel sind vorn durch Bandscheiben und hinten durch Gelenke beweglich miteinander verbunden. Zusätzlich sichern Bänder diese Wirbelverbindung. Die gesunde Wirbelsäule ermöglicht die Beweglichkeit des Rumpfes.

Durch Entzündungen, Fehlbildungen und Geschwülste können die Wirbelverbindungen geschwächt werden. Auch Verschleißerkrankungen können die Stabilität, d.h. den Zusammenhalt der gegeneinander beweglichen Wirbel, stören. Besonders bei Unfällen können so große Kräfte auf die Wirbelsäule einwirken, dass die Verbindungen überdehnt werden oder sogar zerreißen. Bei manchen Operationen am Rückenmark oder den Nerven muss der Wirbelkanal eröffnet werden und auch hierdurch kann es zu einem Stabilitätsverlust kommen.

Die instabile Wirbelsäule kann aufgrund der Fehlbelastung der Gelenke zu erheblichen Beschwerden führen.

Bei starken Schmerzen und/oder neurologischen Störungen, müssen die Wirbel operativ wieder miteinander verbunden werden. Da es keinen Ersatz für zerstörte Bänder oder Gelenke gibt, ist es nicht möglich, die Verbindung gelenkig wiederherzustellen. Die Wirbel müssen daher fest miteinander verbunden (versteift) werden, damit die Schmerzen gebessert und die Schutzfunktion der Wirbelsäule wiederhergestellt wird.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Es besteht die Möglichkeit einer **konservativen Therapie** durch Bettruhe, Spritzen, Injektionen, Infusionen, mit Medikamenten oder durch physikalische Therapie (Krankengymnastik, Bestrahlung, etc.) über einen längeren Zeitraum. Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind eine Nervenwurzelblockade bzw. die Wirbelsäulenkatheter-technik. Dabei werden Medikamente gezielt an die einzelnen Nervenwurzeln oder direkt in den Wirbelkanal gespritzt.

In besonderen Fällen (z.B. bei Traumen, Entzündungen oder Tumoren) kann eine kombinierte Behandlung mit Korsett, Bestrahlung, Chemotherapie, Vertebroplastie oder Kyphoplastie (Zementauffüllung eines Wirbelkörpers) erwogen werden.

Versteifungsoperation

Nach dem bisherigen Krankheitsverlauf und aufgrund Ihrer Befunde ist bei Ihnen eine Versteifungsoperation angezeigt.

Wie wird die Operation durchgeführt?

Der Eingriff erfolgt in Vollnarkose. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens klärt Sie der/die Anästhesist/in gesondert auf.

Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird das geeignete Operationsverfahren auswählen und ankreuzen:

1. Hautschnitt

Die Lage und die Länge des Hautschnitts richten sich nach der Ausdehnung des zu versteifenden Wirbelsäulenbereichs, der in der Regel zu Beginn der Operation mit einer Röntgenaufnahme genau lokalisiert wird.

□ Hautschnitt am Rücken:

In Bauchlage wird nach einem Schnitt in der Mittellinie die Muskulatur von den Dornfortsätzen und Wirbelbögen abgelöst, so dass die Wirbelbogengelenke und die Querfortsätze freigelegt werden können. Um ggf. die Nervenfasern im Wirbelkanal oder die Nervenwurzeln im Nervenaustrittsloch zu entlasten, müssen die Wirbelbögen und Dornfortsätze entfernt werden.

Nach der Versteifung wird die Muskulatur in der Mitte zusammengenäht. Über einen kleinen Schlauch wird für 24 bis 48 Stunden Wundsekret abgesaugt.

□ Hautschnitt zum Übergang Brust-/Lendenwirbelsäule:

In Rücken- oder Seitenlage muss der Brustkorb eröffnet werden; gelegentlich kann es notwendig sein, auch das Zwerchfell einzuschneiden, um die

Wirbelsäule zu erreichen. Die vor der Wirbelsäule verlaufenden großen Gefäße (Körperschlagader und Hohlvene) werden ebenso zur Seite geschoben wie die Lunge, so dass der Übergang von Brust- und Lendenwirbelsäule zur Versteifung freiliegt.

Anschließend wird das Zwerchfell wieder vernäht und der Brustkorb verschlossen. Für einige Tage wird ein Schlauch (Drainage) in den Brustkorb eingelegt, damit Wundsekret und Luft abgesaugt werden können und die Lunge sich so wieder entfalten kann.

□ Hautschnitt an der Flanke:

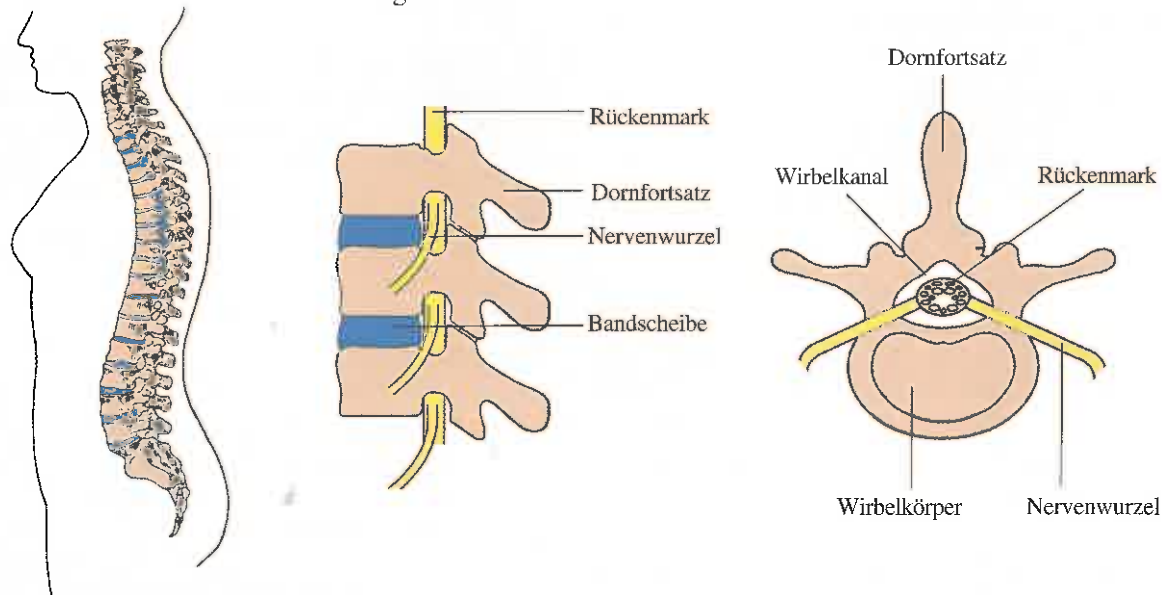
In Seitenlagerung werden nach einem meistens links schräg verlaufenden Schnitt die Bauchmuskeln durchtrennt. Der Inhalt der Bauchhöhle und der Harnleiter werden nach vorn gehalten, das Bauchfell muss nicht eröffnet werden. Die vor der Wirbelsäule verlaufenden großen Gefäße (Körperschlagader und Hohlvene) werden von der Wirbelsäule abgeschoben, so dass Wirbel und Bandscheibe gut zugänglich sind.

Nach der Versteifung wird die Muskulatur wieder vernäht. Über einen kleinen Schlauch kann für 24 bis 48 Stunden Wundsekret abgesaugt werden.

□ Hautschnitt am Unterbauch:

Um das Kreuzbein und die unteren Lendenwirbel zu erreichen, muss die Bauchhöhle von einem Schnitt in der Mittellinie unterhalb des Bauchnabels eröffnet werden. Der Darm wird zu beiden Seiten verlagert. Die vor der Wirbelsäule verlaufenden Gefäße (Körperschlagader und Hohlvene sowie deren Verzweigungen) werden freigelegt und ebenfalls wie die beiden Harnleiter zur Seite gehalten. Die vor der Wirbelsäule verlaufenden

Vereinfachte schematische Darstellung



Versteifungsoperation

vegetativen Nervengeflechte müssen gelegentlich durchtrennt werden, um die Vorderfläche der Lendenwirbelsäule übersichtlich freilegen zu können.

Nach der Versteifung wird die Bauchhöhle verschlossen und die Bauchwand wieder vernäht.

2. Versteifung

Die Versteifung erfolgt mit Hilfe von Metall (Implantate) und Knochen. Die Implantate gewährleisten eine sofortige Stabilisierung, so dass der Knochen in Ruhe anwachsen kann. Die Implantate werden durch die knöcherne Verbindung entlastet, gelegentlich ist es sogar möglich, sie wieder zu entfernen.

In bestimmten Fällen ist es ausreichend nur Knochen zu verwenden und auf Implantate zu verzichten. Auf Knochenersatz wird zurückgegriffen, wenn körpereigener Knochen nicht zur Verfügung steht. Implantate können in bestimmten Fällen auch allein ohne zusätzlichen Knochen ausreichend sein.

Zur Versteifung ist bei Ihnen vorgesehen:

Knochen:

- Körpereigener Knochen

(Entnahmestelle: _____)

Spanentnahme:

Körpereigener Knochen kann von der vorderen oder hinteren Beckenschaufel entnommen werden, selten vom Schienbeinkopf. Muss ein großer Defekt überbrückt werden, kann es notwendig sein, einen Teil des Wadenbeins zu entnehmen. Die durch die Entnahme entstandene Lücke kann vom Körper wieder mit neu gebildetem Knochen geschlossen werden. Bei der Entnahme wird darauf geachtet, dass die Belastungsfähigkeit an der Entnahmestelle nicht leidet.

- Sterilisierter Fremdknochen
- Knochenersatz

Platzhalter:

Diese werden in den Zwischenwirbelraum eingefügt oder ersetzen einen oder mehrere Wirbelkörper. Sie bestehen häufig aus Titan und können mit Knochengewebe gefüllt werden.

Schraube und Platte:

Von vorn oder von der Seite wird nach Ersatz der Bandscheibe oder des Wirbelkörpers eine Metallplatte (gelegentlich Stäbe) mit Schrauben an den Wirbelkörpern befestigt und so eine feste Verbindung von zwei oder mehreren Wirbeln erreicht.

Schraube und Stab:

Von hinten werden Schrauben auf beiden Seiten durch die Bogenwurzeln bis in die Wirbelkörper eingedreht. Die Schrauben jeder Seite werden dann miteinander durch Stäbe fest verbunden. Gelegentlich werden zusätzlich auch die Stäbe durch Querträger miteinander verbunden.

Haken und Stab:

Mit einem Haken wird jeweils von hinten ein Wirbelbogen umfasst. Die Haken einer Seite werden mit Stäben fest verbunden.

Draht oder Kabelsystem:

Mit diesen werden entweder die Bögen der zu versteifenden Wirbel miteinander direkt verknotet oder jeder Draht, der um den Wirbelbogen geführt wurde, wird mit einem Stab auf jeder Seite der Wirbelsäule verbunden.

3. Reposition und Achsenkorrektur

- Bei größeren Verschiebungen der Wirbel (Wirbelgleiten) kann es notwendig sein, den nach vorn gerutschten Wirbel wieder an seine ursprüngliche Position zurückziehen (**Reposition**).
- Bei einer Verkipfung der Wirbel nach vorn (Kyphose) oder zur Seite (Skoliose) kann es notwendig sein, diese auszugleichen (**Achsenkorrektur**).

4. Dekompression des Wirbelkanals

- Bei Verlagerung von Bandscheibengewebe, Wirbelknochen, Geschwülsten oder Eiter kann es notwendig sein, den Wirbelkanal zu eröffnen und das Rückenmark und die Nervenwurzeln von dem Druck zu befreien.

Der Blutverlust bei Versteifungsoperationen ist vom Operationsverfahren abhängig. Eine **Eigenblutspende** kann sinnvoll sein. Bei manchen Erkrankungen ist sie aber nicht möglich, bei einigen Operationstechniken wegen des geringen Blutverlustes nicht notwendig.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Die Erfolgsaussichten sind individuell sehr unterschiedlich und von vielen Faktoren abhängig. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird darüber gesondert mit Ihnen sprechen.

Mögliche Komplikationen

Trotz größter Sorgfalt können bei und nach der Operation Störungen auftreten, die u. U. auch weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern. Zu nennen sind:

- Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit der Beine, bis hin zu Lähmungen und Störungen der Funktion von Blase und Afterschließmuskel (Kauda-Syndrom) können sich z. B. bei einer Nachblutung (Hämatom) ausbilden. In diesen **seltenen Fällen** müssen dann dringlich weitere Untersuchungen (z.B. Kontrastmitteluntersuchung des Wirbelkanals) die Ursache abklären. Unter Umständen wird eine erneute Operation notwendig. **Extrem selten** können diese Störungen auf Dauer bestehen bleiben.
- Verletzungen an der Rückenmarkshaut, an Ner-

Versteifungsoperation

ven, am Rückenmark und an benachbarten Geweben und Organen (z.B. Lunge, Bauchgefäße, Darm, Harnleiter, Harnblase) können auftreten. Das Risiko ist erhöht bei Verwachsungen nach Voroperationen und bei Operationen nach Unfällen. Sie können aber auch beim Zurückziehen der Wirbel bei Wirbelgleiten, bei einer Achsenkorrektur und beim Einbringen von Implantaten oder Knochenblöcken entstehen.

Durch Verletzungen der Rückenmarkshaut kann es zu Ausbuchtungen oder offenen Verbindungen zwischen Nervenwasser und Körperoberfläche (Nervenwasserfistel) kommen. In diesen **seltenen Fällen** kann ein erneuter Eingriff zum Verschluss der Rückenmarkshaut erforderlich werden.

Verletzungen der Nerven oder des Rückenmarks können Gefühlsstörungen, Lähmungen der Beine, der Blase, des Afterschließmuskels oder sexuelle Störungen zur Folge haben.

Bei Verletzungen benachbarter Gewebe oder Organe muss der Eingriff erweitert werden. Bei dieser Komplikation können größere Blutverluste auftreten, die trotz einer Eigenblutspende Blutübertragungen erforderlich machen. Durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen kann es sehr selten zu Infektionen kommen (z.B. mit Hepatitis-Viren, Folge: Leberentzündung; mit HIV, Spätfolge: AIDS und/oder anderen Erregern);

- **selten** kommt es bei Personen mit entsprechender Veranlagung zu Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergie) gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Betäubungsmittel), Pflaster, Folien, Desinfektionsmittel oder gegen fremdes Material wie Implantate, Fremdknochen oder Knochenersatz. Brechreiz, Juckreiz oder Hautausschlag können die Folge sein. **Äußerst selten** sind stärkere Reaktionen bis hin zu möglicherweise lebensbedrohlichen Zuständen wie Kreislaufstillstand, Krampfanfällen und Atemstörungen, die intensiv-medizinisch behandelt werden müssen und im ungünstigsten Fall bleibende Organschäden z.B. an Gehirn und Niere hinterlassen können;
- **gelegentlich** führen Verletzungen von Hautnerven zu vorübergehenden, **selten** auch andauernden Schmerzen, Missempfindungen oder Taubheitsgefühl;
- **selten** kann es zu Lagerungsschäden mit Beteiligung von Haut, Nerven und Weichteilen kommen; sie bilden sich meist von selbst wieder zurück bzw. sind gut behandelbar; **sehr selten** kommt es zu lang andauernden oder auch bleibenden Beschwerden (z.B. schmerzhafte Narben, Missempfindungen, Bewegungsstörungen); dies gilt auch für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;
- beim **Zugang von der Seite oder von vorn** kann es nach der Operation zu einer Schwäche in sehr seltenen Fällen sogar zu einer Lücke der Bauchwandmuskulatur und/oder des Zwerch-

fels kommen. Durch diese Lücke (Bauchwand- oder Zwerchfellbruch) kann sich Darm oder Lungengewebe verlagern. Dann kann eine erneute Operation zum Verschluss dieses Bruches notwendig werden;

- im Bereich der Brustwirbelsäule: **sehr selten** Verletzung der Lunge mit Luftaustritt zwischen Lungenfell und Brustwand (Pneumothorax). Dies kann bei entsprechender Luftnot die Notwendigkeit eines weiteren Eingriffes (Einlage einer Saugdrainage) nach sich ziehen;
- nicht immer gelingt es, die Implantate so an der Wirbelsäule zu befestigen, dass sie einen guten Halt haben. Es kann dann zu Lockerungen kommen, die jedoch selbst bei guter Lage der Implantate auftreten können. **Sehr selten** ist dann eine Korrekturoperation erforderlich. Bei Überlastung kann es zu einem Bruch der Implantate kommen. Häufig ist dann eine Entfernung der Implantate notwendig. Besonders wenn die Implantate sehr dicht unter der Haut liegen, können Hautschädigungen auftreten;
- bei jeder Versteifung besteht die Möglichkeit, dass die gewünschte Verbindung der Wirbel nicht eintritt und somit eine Pseudarthrose entsteht. Dies kann daran liegen, dass es zu keiner knöchernen Verbindung gekommen ist. Dieses Risiko ist besonders bei Rauchern erhöht. Ein Implantatversagen (Bruch oder Lockerung) erhöht ebenfalls dieses Risiko. Folgeoperationen sind dann in der Regel notwendig;
- bei Korrekturen der Wirbelsäulenachse, wie sie besonders bei Unfällen oder dem Wirbelgleiten notwendig sind, kann es nach einiger Zeit wieder zu einer Zunahme der Achsenabweichung kommen. Eine erneute Operation kann bei ausgeprägtem Korrekturverlust notwendig werden;
- fremdes Material wie Implantate, Fremdknochen oder Knochenersatz nimmt der Körper in manchen Fällen nicht an, sondern stößt es ab oder reagiert mit Wundheilungsstörungen. Dann sind unter Umständen Nachoperationen erforderlich;
- bei der Knochenentnahme können stärkere Blutungen, Wundheilungsstörungen oder Unregelmäßigkeiten in der Knochenstruktur auftreten. In sehr seltenen Fällen kann es an der Entnahmestelle zu einem Bruch kommen, der eventuell operativ behandelt werden muss. Durch die Entnahme oder spätere Narbenbildung können Hautnerven geschädigt werden, mit der Folge von Taubheitsgefühl oder Schmerzen;
- durch die Übertragung von Fremdknochen kann es - wie durch eine Blutübertragung - zu Infektionen (z.B. mit Hepatitis-Viren, Folge: Leberentzündung; mit HIV, Spätfolge: AIDS und/oder anderen Erregern) kommen. Das Risiko ist zwar **sehr gering**, lässt sich aber nicht mit letzter Sicherheit ausschließen;

Versteifungsoperation

- es kann zu Infektionen der Wunde kommen. Oberflächliche Wundheilungsstörungen heilen meistens durch lokale Wundbehandlung, wenn auch verzögert ab. Nur **selten** ist eine Nachoperation notwendig. Tiefere Infektionen können die Bauchhöhle, die Bandscheibe, die Rückenmarkshäute und die Wirbel betreffen. Gegebenenfalls ist eine Nachoperation mit Säuberung der Wunde und Entfernung der Implantate notwendig. Nur äußerst selten greift eine Infektion auf die Blutbahn über (Blutvergiftung, Sepsis);
- durch die Belastung des Körpers aufgrund der Operation kann es auch zu Infektionen der Lunge und der Harnwege kommen. Diese Komplikationen können jedoch meistens gut mit Medikamenten zum Abklingen gebracht werden;
- überschießende Narbenbildung; bei einer entsprechenden Veranlagung können - wie bei jeder Operation - oberflächliche, aber auch tief-liegende störende und/oder schmerzhafte Narben (Keloide) entstehen;
- es kann zur Bildung von Blutgerinnseln (Thrombosen) und deren Verschleppung bis hin zum Verschluss eines Blutgefäßes (Embolie) kommen. Sofern Sie vorbeugende Medikamente zur Beeinflussung der Blutgerinnung erhalten (Thromboseprophylaxe), kann dies zu vermehrten Nachblutungen führen.

Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Worauf ist nach der Operation zu achten?

- **Wund- und Rückenschmerzen** können nach dem Eingriff unangenehm sein, lassen sich aber gut mit Schmerzmittel lindern.
- Neu auftretende oder zunehmende **Lähmungen** oder **Gefühlsstörungen** im Gesäß- und/oder Afterbereich müssen Sie sofort mitteilen.
- Häufig treten in den ersten 24 Stunden nach der Operation Schwierigkeiten mit dem **Wasserlassen** auf. Es kann notwendig sein, durch Einmalkatheter die Blase zu entleeren.
- Auch unangenehme **Darmblähungen** können auftreten und Anlass für die Entlastung über ein Darmrohr sein.

- Nach Eingriffen, bei denen eine **Eröffnung der Bauchhöhle** notwendig war, muss die Ernährung von der Darmtätigkeit abhängig gemacht werden.
- Beim Aufstehen können **Kreislaufschwierigkeiten** auftreten (z.B. Schwarz-vor-Augen-werden). Sie erhalten dann Medikamente zur Stabilisierung Ihres Kreislaufs.
- Zur Beurteilung der Lage der Implantate und der Belastungsfähigkeit der Wirbelsäule sind **regelmäßige Kontrolluntersuchungen** (Röntgen und/oder Computertomographie) notwendig.
- Um die Versteifung nicht zu überlasten, kann es ratsam sein, dass Ihnen vorübergehend ein spezielles **orthopädisches Mieder** verordnet wird.
- Nach jedem stabilisierendem Eingriff muss die **Belastung der Wirbelsäule** von der bei der Operation erreichten Stabilität abhängig gemacht werden. Bitte halten Sie sich diesbezüglich unbedingt genau an die Anweisungen Ihres Arztes.

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe hängt von körperlicher Verfassung und Vorschäden ab. Um Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **zusätzlich Krankheiten/Störungen** bekannt (z.B. Zuckerkrankheit, Infektionskrankheiten, Störungen von Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Herz, Kreislauf)? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
2. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein (z.B. blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar, Aspirin oder Herz-, Schmerzmittel)? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
3. Sind **allergische Reaktionen** (z.B. gegen Kontrastmittel, Knochenzement, Metalle, Medikamente, Pflaster, Latex, Desinfektionsmittel) bekannt? nein ja
4. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)? nein ja
5. Kam es schon einmal zu **überschießender Narbenbildung** oder **Wundheilungsstörungen**? nein ja
6. Kam es früher zur Bildung, Verschleppung von Blutgerinnseln (**Thrombose, Embolie**)? nein ja
7. **Frauen im gebärfähigen Alter:** Könnten Sie schwanger sein? nein ja



Versteifungsoperation

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Beschränkung der Einwilligung, z.B. hinsichtlich der Transfusion, Operationsbereich, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung der Operation
Der vorgeschlagene Eingriff wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. neurologische Ausfälle) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderlich werdende Erweiterungen des Eingriffes wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über Risiken und möglichen Komplikationen sowie über Neben- und Folgeeingriffe und ihre Risiken stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation **ein**. Mit erforderlichen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine gegebenenfalls medizinisch notwendige Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Klinikeindruck/Stempel

Operationen bei Schulterverletzungen

 linke Schulter rechte Schulter

 Die Operation ist für den _____ geplant.
 (Datum)

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Untersuchung ergab eine Verletzung des Schultergelenks, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Wie ist das Schultergelenk aufgebaut?

Das Schultergelenk wird vom Oberarmkopf und der Schultergelenkpfanne gebildet. Es wird von einer Gelenkkapsel und Verstärkungsbändern eingeschlossen. Für die Stabilität ist auch die Muskelmanschette, die das Gelenk umgibt, sehr wichtig (s. Abb.).

Das „Schulterreckgelenk“ (äußeres Schlüsselbein-gelenk) (s. Abb.) besteht aus dem obersten Teil des Schulterblattes, der sogenannten Schulterhöhe (Acromion), dem Rabenschnabelfortsatz, dem seitlichen Anteil des Schlüsselbeins und verschiedenen Bändern, die für Stabilität sorgen.

Welche Verletzungen können auftreten?

Jeder einzelne Bestandteil des Schultergelenkes kann allein oder zusammen mit anderen verletzt sein. Die Ärztin/der Arzt wird Ihnen erläutern, welche Verletzungen festgestellt wurden.

Schultergelenksprengung

Die Bänder, die Schulterblatt und Schlüsselbein zusammenhalten, sind gerissen.

Habituelle/posttraumatisch rezidivierende Schulterluxation

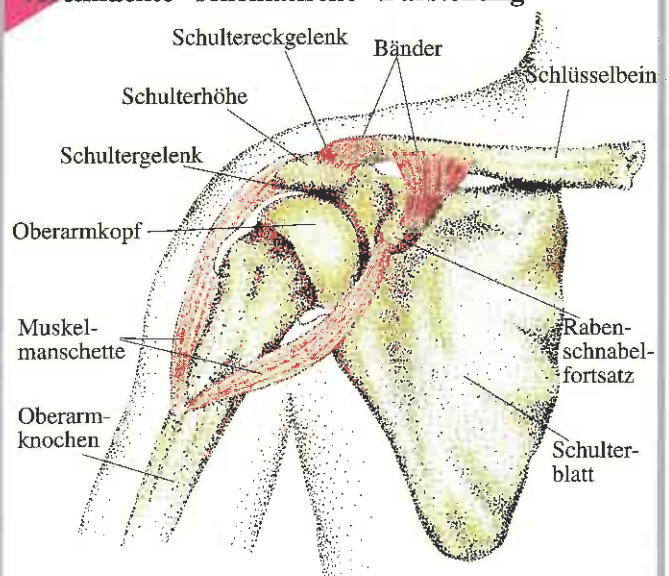
Das Schultergelenk verrenkt sich immer wieder.

Bruch des oberen Teils des Oberarmknochens

Der Oberarmkopf oder der Schaft des Oberarmknochens dicht darunter ist gebrochen.

Muskel- und Kapselverletzungen

Vereinfachte schematische Darstellung



Fehlstellungen können zu vorzeitiger Abnutzung der Knorpelflächen führen. Die Folgen sind Bewegungseinschränkungen bis hin zu Versteifungen und Schmerzen. Durch die Behandlung werden diese Risiken gemindert.

Behandlungsmöglichkeiten?

Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, Verletzungen des Schultergelenkes zu behandeln: die konservative Vorgehensweise, bei der je nach Art der Verletzung Muskeltraining, Ruhigstellung mit Verbänden u.ä. Verfahren eingesetzt werden, und die Operation.

Beide Behandlungsmethoden haben jeweils Vor- und Nachteile sowie spezifische Risiken. **Die Ärztin/der Arzt empfiehlt die Operation.**

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff wird in Vollnarkose oder Teilnarkose durchgeführt. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Je nachdem, welche Verletzung vorliegt, kommen verschiedene Operationsmethoden in Frage, die jeweils einzeln oder miteinander kombiniert eingesetzt werden können. Die wichtigsten Methoden sind aufgelistet. Das Verfahren, das bei Ihnen/Ihrem Kind angewandt werden soll, ist angekreuzt.

Befestigung (Fixation) des Schulterreckgelenkes
Dazu können z.B. Drahtstifte und Drahtschlingen oder Schrauben eingesetzt und Bänder genäht werden. Auch das Einpflanzen von Sehnenstreifen aus Arm oder Bein (Bandplastik) ist möglich.

Festigung des Schultergelenkes z.B. durch

- Raffung der Gelenkkapsel, Verlagerung von Sehnen und Einpflanzen eines Knochenspans;
- Rotationsosteotomie; dabei wird der Oberarmknochen unterhalb des Oberarmkopfes durchtrennt, leicht verdreht und dann mit Metallplatten wieder am Oberarmkopf befestigt.

Einrichten und Befestigen der Bruchstücke des Oberarmkopfes
Die Stabilisierung der Bruchstücke wird mit Metallschrauben, -platten oder Drähten erreicht (Osteosynthese). Auf diese Weise kann auch ein abgebrochener Oberarmkopf wieder am Schaft befestigt werden.

Naht der Muskelmanschette
Muskellücken können durch körpereigenes oder körperfremdes Material gedeckt werden.

Sehr selten ist der Oberarmkopf so stark verletzt, dass eine Wiederherstellung nicht möglich ist. Dann kommen folgende Verfahren in Betracht:

Einsetzen eines künstlichen Oberarmkopfes

Verzicht auf einen Ersatz des Oberarmkopfes
Der verletzte Oberarmkopf wird entfernt. Dadurch ist die Beweglichkeit der Schulter zwar eingeschränkt, das Gelenk ist aber schmerzfrei.

Ist mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffes zu rechnen?

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. **Eine Änderung oder Erweiterung** des geplanten Verfahrens kann dann notwendig werden. Falls der behandelnde Arzt selbst mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffes rechnet, wird er Sie über Vor- und Nachteile, mögliche Risiken und Langzeitfolgen gesondert aufklären.

Mögliche Zwischenfälle während und nach der Operation?

Trotz größter Sorgfalt können bei der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die u.U. auch lebensbedrohlich sein können und weitere Behandlungsmaßnahmen/Nachoperationen erfordern. Zu nennen sind insbesondere:

- Allergische Reaktionen gegen Betäubungsmittel, andere Medikamente oder Latex kommen vereinzelt vor. Sehr selten kommt es zum lebensgefährlichen Kreislaufschock, der intensivmedizinische Behandlung noch mehrere Stunden/Tage nach der Operation erfordern kann;

- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Muskeln, Sehnen); die Verletzung von Blutgefäßen kann zu stärkeren Blutungen führen, die eine Blutübertragung erforderlich machen. Äußerst selten kann es durch die Übertragung von Blut(-bestandteilen) zu einer Infektion z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) oder extrem selten mit HIV (AIDS), kommen. Auch eine Übertragung der Erreger von BSE/vCJK (Folge: fortschreitende Schädigung des Gehirns mit Todesfolge) ist nicht mit zweifelsfreier Sicherheit auszuschließen.

Fragen Sie den behandelnden Arzt, ob die Bereitstellung von Eigenblut oder eine Blutverdünnung (Hämodilution) möglich und sinnvoll ist!

- Nervenverletzungen, die trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung des Armes verursachen können.

- Spritzenabszess, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können in seltenen Fällen langdauernde Beschwerden (Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für Druckschäden infolge der bei der Operation notwendigen Lagerung sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;

- Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen;

- Infektionen im Operationsgebiet; trotz Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Selten entsteht daraus eine chronische Knochenerkrankung (Osteitis); ebenso selten kommt es aufgrund der Entzündung zu Gelenkversteifungen;

- Thrombo-Embolie: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei Rauchern und der Einnahme von Medikamenten (z.B. Hormonpräparate). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- Fett-/Knochenmarksembolie: Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- Verletzung von Blutgefäßen oder Nerven durch eingebrachte Metallteile; die Folge können Blutungen oder vorübergehende, aber auch dauerhafte Lähmungen oder Gefühlsstörungen des Armes sein;
- Wanderung von Drähten; die Drähte müssen dann entfernt werden, da es sonst zu Verletzungen z.B. im Brustraum (Brustfell, Lunge) kommen kann;
- Reißen der Nähte im Muskelsehnenapparat bei zu früher Bewegung oder bei ausgeprägten narbigen Veränderungen der Weichteile;
- überschießende und störende Narben (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen können;
- Bildung eines Falschgelenks (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird. Dann müssen besondere Maßnahmen ergriffen werden, über die Sie gegebenenfalls gesondert aufgeklärt werden;
- vorzeitige Abnutzung des Schultergelenkes (Arthrose, degenerative Gelenkerkrankung), wenn die Knorpelflächen des Gelenkes geschädigt wurden. Eine Schädigung des Gelenkes kann gleichfalls auftreten, wenn die Knochenbruchstücke nicht in der richtigen Position zueinander zusammenheilen (sekundäre Arthrose). Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sind die Folge. Das Absterben des Oberarmkopfes kann eine schmerzhafte Schultersteife zur Folge haben;
- wiederkehrende Verrenkung des Schultergelenkes vor allem in den ersten Monaten nach der Operation können vorkommen. In manchen Fällen muss eine Nachoperation erfolgen;
- Verkalkung der Schultergelenkkapsel, die Bewegungseinschränkungen und die Ausbildung einer wiederkehrenden Verrenkung (habituelle Schulterluxation) verursachen kann;
- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge Durchblutungsstörungen und Funktionseinschränkungen, im Extremfall bis hin zum Verlust einer Gliedmaße, sein können (Kompartiment-Syndrom);

- in Ausnahmefällen eine schmerzhafte Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);
- erneuter Knochenbruch; wenn der Knochen nicht vollständig verheilt ist, kann er unter Belastung erneut brechen.

Worauf ist nach der Operation zu achten?

- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** oder **Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es können dann Durchblutungs- oder Nervenstörungen vorliegen, die rasch behandelt werden müssen.
- Unter Umständen ist nach der Operation die **Ruhigstellung** der Schulter in einem entsprechenden Verband erforderlich. Bei absoluter Ruhigstellung kann es zu Bewegungseinschränkungen kommen.
- Die eingesetzten **Metallteile** können in der Regel nach 12-18 Monaten entfernt werden. In Einzelfällen ist es möglich, das Metall im Körper zu belassen.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

In der Regel kann die Schulter gut wiederhergestellt werden. Allerdings ist mit bleibenden Bewegungseinschränkungen zu rechnen, wenn der Oberarmkopf oder der Schaft des Oberarmknochens dicht darunter gebrochen war.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Aufklärungsgesprächs nicht zu vergessen:

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
2. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? nein ja
3. Bestehen **Allergien/Überempfindlichkeiten** z.B. gegen Metalle, Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel? nein ja
4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
7. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel, Hormone) benötigt? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. spezielle Risiken und damit verbundene Komplikationen; Nebeneingriffe; Folgemaßnahmen; Beschränkung der Einwilligung z.B. hinsichtlich der Transfusion; mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Untersuchung; Gründe für die Ablehnung; Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung der Operation
Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. Schmerzen, fortschreitende Bewegungseinschränkung bis hin zur Versteifung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung:

Über die geplante Behandlung sowie evtl. erforderliche Erweiterungsmaßnahmen wurde(n) ich/wir in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung der Behandlung, über spezielle Risiken und möglichen Komplikationen sowie Neben- und Folgemaßnahmen stellen.

Ich/Wir habe(n) **keine weiteren Fragen**, füh-le(n) mich/uns **genügend informiert** und **willi-ge(n)** hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung **ein**. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffs bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden. Mein/Unser Einverständnis bezieht sich auch auf eine gegebenenfalls medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

DOKUMENTIERTE PATIENTENAUFKLÄRUNG

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Sk 26
D

Patientendaten/Aufkleber

Arthroskopie von Schultergelenk und subacromialer Bursa

(Schultergelenkendoskopie, Spiegelung des Schultergelenkes und des Schleimbeutels)

ggf. mit arthroskopischer Operation

linke Schulter rechte Schulter

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

möglicherweise ist das Schultergelenk geschädigt. Mit einer Spiegelung (Arthroskopie) kann dies abgeklärt und sofort behandelt werden (arthroskopische Operation). Vor dem Eingriff wird die Ärztin/der Arzt (im folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Wie wird arthroskopiert?

Die Arthroskopie erfolgt in Allgemeinnarkose, Teilnarkose oder in örtlicher Betäubung. Über die Narkoseverfahren klärt Sie der Anästhesist gesondert auf. Der Arzt führt das optische Instrument (Arthroskop) über einen kleinen Schnitt in das Schultergelenk ein. Das Gelenk wird dann mit Flüssigkeit oder Gas gefüllt, so dass sich der Gelenkinnenraum gut überblicken lässt. Ein zweiter kleiner Zugang ermöglicht es, einen Tasthaken oder ein Operationsinstrument einzuführen. Oft ist es nötig, vom gleichen Hautschnitt aus eine Spiegelung des Schleimbeutels (Bursoskopie) auszuführen.

Mögliche Eingriffe:

- Entfernung von freien Gelenkkörpern und Kalkeinlagerungen
- Lösung von Kapselteilen, Vernarbungen oder Durchtrennung der langen Bizepssehne
- Entfernung der Gelenkinnenhaut oder von Sehnenanteilen
- Anheftung der Kapsel oder des Pfannenrandes mit Nähten (Ankernähten) oder Nägeln (Metall oder Kunststoff) an den Knochen
- Naht der Kapsel oder Sehnennaht (Rotatorenmanschette)
- Teilentfernung des Schulterreckgelenkes (Knochen, Kapsel, Bänder)
- Entfernung des Schleimbeutels unter dem Schulterdach (Akromion) einschließlich der Entfernung eines event. vorhandenen Knochenporns
- Knorpelglättung
- Einsatz eines Lasers

Nach dem Eingriff wird das Schultergelenk ausgespült und die Flüssigkeit abgesaugt. Alle Instrumen-

te werden aus dem Gelenk entfernt und die kleinen Schnitte werden vernäht.

Es kann durchaus möglich sein, dass der arthroskopische Eingriff durch eine offene Operation ergänzt werden muss. Diese Möglichkeit sollten Sie mit Ihrem Arzt besprechen. Über die offene Operation werden Sie ggf. gesondert aufgeklärt.

Gibt es Alternativen? Als Alternativen zum vorgeschlagenen Verfahren kommen in manchen Fällen z.B. konservative Behandlung mit Medikamenten, offene Operation, Schonung des Gelenks bzw. Ruhigstellung und/oder Physiotherapie in Frage. Ihr Arzt wird Sie über Alternativen informieren, falls diese für Sie geeignet sind und Ihnen erläutern, warum er in Ihrem Fall die Arthroskopie empfiehlt.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Die Arthroskopie des Schultergelenkes ist ein risikoarmes Routineverfahren. Zwischenfälle und Komplikationen, die ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen oder zusätzliche Eingriffe erfordern können, treten nur in Einzelfällen auf. Trotzdem sollten Sie über mögliche Störungen Bescheid wissen:

Vereinfachte schematische Darstellung



- Einspritzungen vor, während oder nach der Operation können in seltenen Fällen Haut- und Weichteilschäden (Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Nerven- und Venenreizungen) und langandauernde oder dauerhafte Beschwerden (Narben, Schmerzen) zur Folge haben;
- Eine Infektion führt zu Schwellung, Schmerzen und Temperaturanstieg. Neben einer Behandlung mit Antibiotika können auch ein oder mehrere operative Eingriffe erforderlich werden. In sehr seltenen Fällen verursacht die Infektion die Zerstörung des Gelenkes mit einer dauerhaften Gelenkversteifung;
- überschießende und kosmetisch/funktionell störende Narben (Keloid) können bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen und eine spätere Korrektur erfordern;
- Thrombo-Embolie: Blutgerinnsel können in Bein- und Beckenvenen – sehr selten im Arm – entstehen (Thrombose), in die Lungen (Embolie) oder das Gehirn verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen bzw. einen Schlaganfall verursachen. Das Risiko ist erhöht bei bettlägerigen Patienten, Rauchern und bei Einnahme von Hormonpräparaten („Pille“). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- kleine Verletzungen der Knorpeloberfläche durch die Operationsinstrumente können vorkommen, bleiben im allgemeinen aber folgenlos;
- gelegentlich bildet sich ein Gelenkerguss, z.B. aufgrund einer Nachblutung; trotz Drainage oder Punktion kann ein Erguss immer wieder auftreten und über Wochen bestehen;
- äußerst selten kommt es zu Verletzungen wichtiger Blutgefäße, die zu stärkeren Blutungen führen und eine Blutübertragung erforderlich machen. Durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen können äußerst selten Infektionen übertragen werden, z.B. durch Hepatitis-Viren (Folge: Leberentzündung), durch HIV (Spätfolge: AIDS) und/oder andere Erreger;
- äußerst selten kommt es zu einer Verletzung von Nerven, die eine meist nur vorübergehende, nur selten dauerhafte Teillähmung des Armes verursachen kann;
- vorübergehende, nur selten dauerhafte Störungen kleiner Hautnerven sind möglich, die zu Berührungsunempfindlichkeit, Taubheitsgefühl oder schmerzhaften Missempfindungen in kleinen Hautbezirken führen können;
- Flüssigkeit oder Gas kann in die benachbarten Weichteile eindringen. Dies tritt vor allem bei Verletzungen des Schultergelenks auf. Die Einlagerungen sind aber harmlos und meist nach wenigen Stunden resorbiert;
- in seltenen Fällen kommt es zu Druckschäden an Nerven und Weichteilen die trotz ordnungsgemäßer Lagerung während der Operation auftreten können. Meist bilden sie sich innerhalb weniger Wochen zurück. In Einzelfällen können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl, schmerzhaftes Missempfindungen) bleiben. Möglich sind auch

Hautschäden durch Desinfektionsmittel oder elektrischen Strom. Danach können Narben zurückbleiben;

- Verletzungen durch unbeabsichtigtes Abweichen des Laserlichtstrahls sind theoretisch möglich und nicht sicher vermeidbar, sie können zum Absterben von gesunden Gewebestrukturen führen;
- die Mittel zur örtlichen Betäubung können kurzfristiges Kreislaufversagen oder kleine Krampfanfälle auslösen;
- allergische Reaktionen: Nach Einspritzen örtlicher Betäubungsmittel oder anderer Medikamente können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz Übelkeit und – selten – auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum lebensbedrohlichen Kreislaufchock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinischen Behandlung erfordern;
- in Ausnahmefällen kommt es zu einer schmerzhaften Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Arthrofibrose und Sudecksche Erkrankung).

Worauf ist zu achten?

- Handeln Sie bitte unbedingt nach den **Anweisungen Ihres Arztes!**
- Bei ambulanter Arthroskopie lassen Sie sich/Ihr Kind bitte unbedingt abholen und fragen Sie nach genauen Verhaltensregeln. Sie dürfen/Ihr Kind darf für **24 Stunden** nach dem Eingriff **nicht aktiv am Straßenverkehr** teilnehmen, keine gefährlichen Arbeiten durchführen und keinen Alkohol trinken.
- Suchen Sie bei **anhaltendem Schmerz, starker Schwellung** und **Temperaturerhöhung** sofort einen Arzt auf!
- Zur Vorbeugung einer Thrombose kann ein blutverdünnendes Medikament nötig sein. Dadurch kann es vermehrt zu Nachblutungen und einer erhöhten Blutungsneigung, z.B. bei weiteren ärztlichen Eingriffen, kommen.

Ob Sie den Arm zeitweise ruhigstellen sollten, wird Ihnen mitgeteilt. Wann Sie das Schultergelenk wieder bewegen und belasten sollen, erfahren Sie ebenfalls von Ihrem Arzt.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Meist reicht eine einmalige Spiegelung aus, um Gelenkbeschwerden abzuklären bzw. zu behandeln. Gelegentlich können aber trotz Behandlung die ursprünglichen Beschwerden bestehen bleiben oder einige Zeit nach dem Eingriff neue bzw. erneut die ursprünglichen Beschwerden auftreten. In diesen Fällen ist häufig eine weitere Spiegelung (Re-Arthroskopie) notwendig.

Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig erscheint (z.B. individuelle

Arthroskopie des Schultergelenks

Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs, alternative Behandlungsmöglichkeiten). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren:

Was der Arzt wissen sollte...

Um Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
Wenn ja, welche? _____
2. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS)? nein ja
Wenn ja, welche? _____
3. Wurden **Allergien** oder **Überempfindlichkeitsreaktionen** z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente (z.B. Jod), Nahrungsmittel, Metalle beobachtet? nein ja
Wenn ja, welche? _____
4. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung **von Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
7. Werden **regelmäßig Medikamente** benötigt (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar oder Aspirin, Hormone)? nein ja
Wenn ja, welche? _____
8. **Frauen im gebärfähigen Alter:**
Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Fragen des Patienten, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung des Eingriffes, Beschränkung der Einwilligung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffes

Nach erfolgter Aufklärung wurde

- die Arthroskopie abgelehnt.
 die arthroskopische Operation abgelehnt.
 über mögliche Nachteile der Ablehnung informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Arthroskopie/arthroskopische Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über Risiken und Komplikationen, stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die

Arthroskopie arthroskopische Operation **ein**.
 Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

Klinikeindruck/Stempel

Schultergelenkendoprothese (Ersatz des Schultergelenks)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> rechte Schulter | <input type="checkbox"/> linke Schulter |
| <input type="checkbox"/> Totalendoprothese (TEP) | <input type="checkbox"/> mit Zement |
| <input type="checkbox"/> Hemiprothese | <input type="checkbox"/> ohne Zement |
| | <input type="checkbox"/> teilw. zementiert |

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchung ergab eine schwere Erkrankung Ihres Schultergelenks. Es soll deshalb durch ein künstliches Gelenk ersetzt werden, das Sie von Ihren Schmerzen befreit oder diese zumindest deutlich reduziert. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Wie ist das Gelenk aufgebaut?

Das Schultergelenk ist ein Kugelgelenk, das vom Oberarmkopf und von der Schultergelenkpfanne am Schulterblatt gebildet wird (s. Abb. 1). Die Ernährung des sehr empfindlichen Gelenkknorpels erfolgt über die Gelenkschleimhaut und die Gelenkflüssigkeit, die den Knorpel umspült. Das Schultergelenk ist das beweglichste Gelenk des menschlichen Körpers. Stabilität erhält es zum einen passiv durch Gelenkkapsel und Gelenkbänder, zum anderen ist aber auch eine aktive Gelenksicherung durch die umspannende Muskulatur nötig. Verletzungen der Muskulatur oder der Sehnen führen schnell zu ungünstigen Auswirkungen bis hin zum Verschleiß des Gelenkes.

Warum ist ein künstliches Schultergelenk notwendig?

Die Beweglichkeit Ihres Schultergelenkes ist stark eingeschränkt, Bewegungen bereiten Ihnen große Schmerzen und ganz besonders plagt Sie der Nachtschmerz. Die Ursache dafür kann in einer Abnutzung des Gelenkes (Arthrose) aufgrund des Alters bzw. einer Veranlagung zu suchen sein. Auch Verletzungen wie komplizierte Oberarmkopfbrüche, entzündliche Veränderungen (z.B. Rheuma), Ernährungsstörungen des Oberarmkopfes oder lange Zeit bestehende Sehnenrisse können das Gelenk zerstören.

Behandlungsalternativen?

Medikamente und andere **konservative** Behandlungsmaßnahmen (z.B. Krankengymnastik, Injektionen, Strombehandlungen) bieten weder die Aussicht auf Heilung noch auf Besserung. Auch eine gelenkerhaltende Operation ist in Ihrem Fall nicht möglich. Weitere **operative** Behandlungsmöglichkeiten wären die Versteifung des Schultergelenkes

Vereinfachte schematische Darstellung

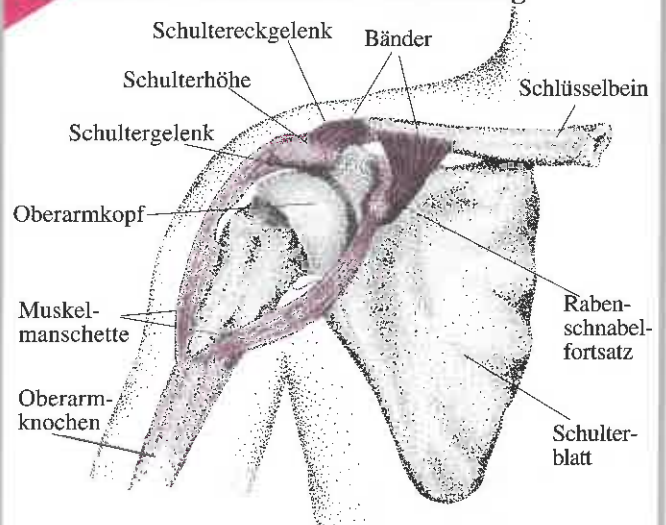


Abb. 1

oder die vollständige Entfernung der gegeneinander reibenden Gelenkteile. **In Ihrem Fall jedoch empfiehlt der Arzt, das kranke Gelenk durch ein künstliches Gelenk ersetzen zu lassen.**

Wie wird operiert?

Der Eingriff erfolgt in Vollnarkose oder Regionalbetäubung. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Zunächst wird das Schultergelenk von vorne operativ freigelegt und für den Gelenkersatz, der in der Regel zu großen Teilen aus Metall besteht, vorbereitet. Es gibt dann verschiedene Vorgehensweisen:

- **Totalendoprothese (TEP)**

Sowohl der Oberarmkopf als auch die Schultergelenkpfanne am Schulterblatt werden ersetzt (s. Abb. 2). Dies ist jedoch nur selten notwendig.

- **Hemiprothese**

Wenn nur der Oberarmkopf zerstört ist, wird nur dieser unter Erhaltung der Gelenkpfanne ersetzt.

Der Oberarmkopf wird häufig mit einem Stiel im Schaft des Oberarmknochens verankert. Sowohl der Stiel als auch die Pfanne können mit „**Knochenzement**“, einem Kunststoff, der schnell hart wird, im Oberarmknochen und im Schulterblatt verankert werden. Das Gelenk ist schon nach kurzer Zeit wieder belastbar.

Wird die Schultergelenkendoprothese **ohne „Knochenzement“** eingesetzt, verwächst der Knochen innerhalb einiger Monate mit der Endoprothese. Sie können das Gelenk jedoch auch hierbei bereits schon früher - nach einigen Wochen - wieder bewegen und belasten.

Eine **Teilzementierung**, bei der entweder Pfanne oder Schaft mit Zement befestigt werden, wird nur sehr selten durchgeführt.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt können bei der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die u.U. auch **lebensbedrohlich** sein können und weitere

Vereinfachte schematische Darstellung

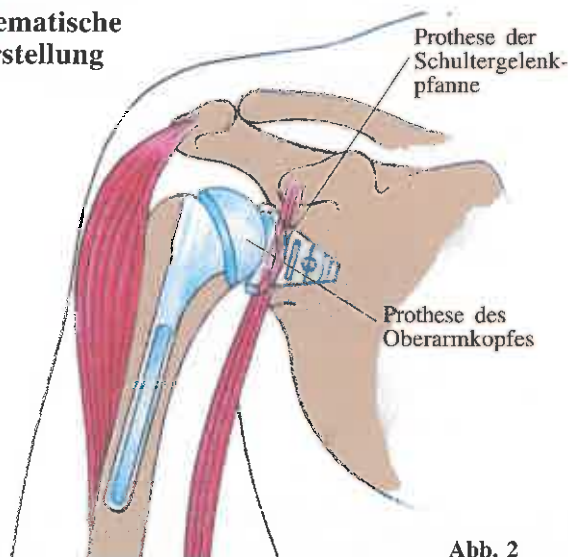


Abb. 2

Behandlungsmaßnahmen oder Nachoperationen erfordern. Zu nennen sind insbesondere:

- **Allergische Reaktionen** gegen **Betäubungsmittel**, andere Medikamente oder Latex kommen vereinzelt vor. Sehr selten kommt es zum **lebensgefährlichen** Kreislaufschock, der intensivmedizinische Behandlung noch mehrere Stunden/Tage nach der Operation erfordern kann;
- Verletzungen von benachbarten Geweben, insbesondere von Blutgefäßen; dadurch kann es zu **stärkeren Blutungen** kommen, die eine Blutübertragung erforderlich machen können. Äußerst selten kann es dadurch zu **Infektionen** z.B. mit Hepatitis-Viren (Folge: Leberentzündung) oder extrem selten mit HIV (Spätfolge: AIDS) kommen. Auch eine Übertragung der Erreger von BSE/vCJK (Folge: fortschreitende Schädigung des Gehirns mit Todesfolge) ist nicht mit zweifelsfreier Sicherheit auszuschließen;
- sehr selten treten **Nervenverletzungen** auf, die trotz weiterer operativer Eingriffe (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine **Teil-**, in extremen Ausnahmefällen eine **vollständige Lähmung des Armes** oder **der Hand** verursachen können;
- **Bruch eines Knochens** bei Kalkmangel des Knochens oder Austausch einer Prothese; der Bruch muss operativ eingerichtet und evtl. mit Metallplatten und -schrauben stabilisiert werden;
- kommt es zum **Bruch des Oberarmknochens**, können selten **Verletzungen der wichtigen, den Arm versorgenden Nerven** auftreten; hierdurch kann eventuell eine dauerhafte **Teil-**, in extremen Ausnahmefällen eine **vollständige Lähmung des Armes** oder **der Hand** entstehen; falls eine Durchtrennung des Nervs vermutet wird, kann seine Funktion unter Umständen durch eine Operation wiederhergestellt werden;
- **Spritzenabszess, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen** infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können in seltenen Fällen langdauernde Beschwerden (Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für **Druckschäden** infolge der bei der Operation notwendigen Lagerung sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;
- gelegentlich **Nachblutungen** und **Blutergüsse**, die in seltenen Fällen eine nochmalige Operation zur Behandlung erfordern;
- selten **Infektionen** im Operationsgebiet; **oberflächliche Wundinfektionen** heilen meist folgenlos unter entsprechender lokaler Behandlung ab. Eine **tiefe Wundinfektion** gefährdet in hohem Maße das neu eingesetzte Kunstgelenk und ein zweiter Eingriff ist dann meist erforderlich. Unter Umständen muss die Schultergelenkprothese dann entfernt werden. Manchmal kann sofort oder nach der Ausheilung ein neues Kunstgelenk eingepflanzt werden. In sehr seltenen Fällen kann eine **chronische Knochenentzündung (Osteitis)** zurückbleiben und es ist dann nicht möglich, eine neue Prothese einzusetzen. Die Hand kann dann zwar noch gut genutzt werden, das Anheben des

Armes ist jedoch nur noch sehr begrenzt möglich. Gelegentlich können auch Ruhe- und/oder Bewegungsschmerzen verbleiben;

- **Thrombo-Embolie:** Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei Rauchern und der Einnahme von Medikamenten (z.B. Hormonpräparate). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- **Fett-/Knochenmarksembolie:** Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- **Reißen der Nähte,** mit denen die Sehnen wieder am Oberarmkopf angenäht wurden; es kommt dann zu bleibenden Schäden mit Problemen bei der Armhebung, die durch eine erneute Operation eventuell vermieden werden können;
- **Ausrenken des Schultergelenks,** vor allem in den ersten Monaten nach der Operation. Unter Umständen kann dies durch eine erneute Operation behoben werden;
- **Verkalkungen in benachbarten Muskeln,** die z.T. zu erheblichen bleibenden Bewegungseinschränkungen führen können; eine Nachoperation kommt frühestens nach einigen Monaten in Betracht und führt auch nur selten zu einem Funktionsgewinn;
- im Laufe der Zeit gelegentlich **Lockerung** oder extrem selten **Bruch der Prothese;** das Kunstgelenk muss dann gegen ein neues Gelenk ausgetauscht werden. Bei dieser Operation, die meist schwieriger ist als der Ersteingriff, treten mit größerer Wahrscheinlichkeit Komplikationen auf und es besteht eine gesteigerte Gefahr der erneuten Lockerung der Prothese. In seltenen Fällen muss auf das Einsetzen einer neuen Prothese verzichtet werden;
- **überschießende und störende Narben (Keloid),** die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen können, und unter Umständen durch eine Korrekturoperation behoben werden können;
- in Ausnahmefällen eine **schmerzhafte Weichteilschwellung,** die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu **Bewegungseinschränkungen** bis hin zur **Versteifung** führen kann (Sudeck'sche Erkrankung). Diese Erkrankung bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung.

Nach der Operation?

- Informieren Sie bitte unverzüglich die Ärztin/den Arzt, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** oder **Verfärbungen der Haut**

auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.

- Meist ist nach der Operation, zumindest bis zum Abschluss der Wundheilung, die etwa 14 Tage in Anspruch nimmt, die Benutzung einer **Armschlinge** erforderlich. Es dauert meist einige Wochen, bis Sie Ihre Schulter wieder gut einsetzen können.
- **Belasten** Sie die betroffene Schulter bitte nur so stark, wie Ihre Ärztin/Ihr Arzt es Ihnen erlaubt hat.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf **Ihre Mithilfe** angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur Nachbehandlung, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind **Kontrolluntersuchungen** und **krankengymnastische Übungsbehandlungen** erforderlich.
- Falls Ihnen ein **Endoprothesenpass** ausgestellt wird, bewahren Sie ihn bitte gut auf. Darin sind alle wichtigen Angaben über Ihre Endoprothese enthalten.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Im allgemeinen sind die Patienten mit dem Erfolg der Operation sehr zufrieden. Durch den Eingriff werden die Schmerzen beseitigt oder zumindest gelindert. Sie werden wieder besser schlafen können und in vielen Fällen wird auch die Beweglichkeit des Schultergelenkes verbessert. Künstliche Schultergelenke lockern sich nur sehr selten und können über Jahre bis Jahrzehnte halten. Dies ist unter anderem auch von der Stabilität Ihrer Knochen abhängig.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken, Möglichkeit der Eigenblutspende, Dringlichkeit des Eingriffs). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Besprechen Sie bitte vor der Entlassung:

- Wann sollen Fäden/Klammern entfernt werden?
- Sind Verbände erforderlich?
- Wann ist Duschen oder Baden möglich?
- Sind Medikamente (Menge, Dauer) einzunehmen?
- Wie lange ist körperliche Schonung erforderlich?
- Ist eine krankengymnastische Nachbehandlung empfehlenswert?
- Sonstige Maßnahmen?
- Ab wann kann wieder gearbeitet werden?
- Sind Nachuntersuchungen erforderlich?

Schultergelenkendoprothese

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
2. Leiden Sie an einer **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, HIV)? nein ja
3. Bestehen **Allergien/Überempfindlichkeiten** z.B. auf Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel, Metall (z.B. Ohrringe, Armbänder, Knöpfe)? nein ja
4. Kam es bei früheren Operationen/Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
7. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz- oder Verhütungsmittel, blutgerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar, Hormone oder Schmerzmittel (z.B. Aspirin))? nein ja
8. Haben Sie momentan eine akute oder chronische **Entzündung** (z.B. an einem Zahn)? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung der Operation
Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. fortschreitende Bewegungseinschränkung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

- Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken und über Behandlungsalternativen stellen.

- Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation **ein**. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine gegebenenfalls medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Klinikeindruck/Stempel

Operationen bei Verletzungen des Sprunggelenks

 Die Operation ist für den _____ geplant.
(Datum)

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Untersuchung ergab eine Verletzung des Sprunggelenks, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Wie ist das Sprunggelenk aufgebaut?

Das Sprunggelenk ermöglicht die Beweglichkeit des Fußes. Es wird aufgebaut von der Knöchelgabel, die von Waden- und Schienbein gebildet wird, dem Sprungbein und verschiedenen Bändern, die die Stabilität gewährleisten (s. Abb.).

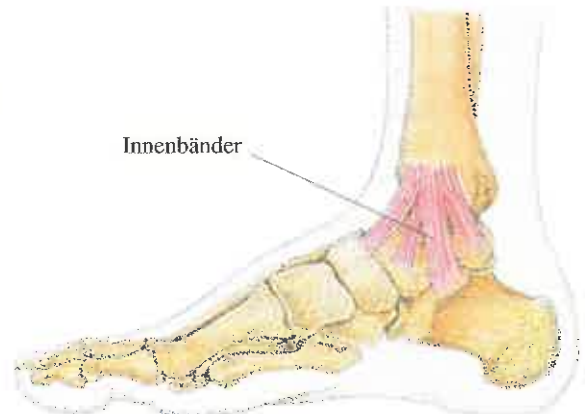
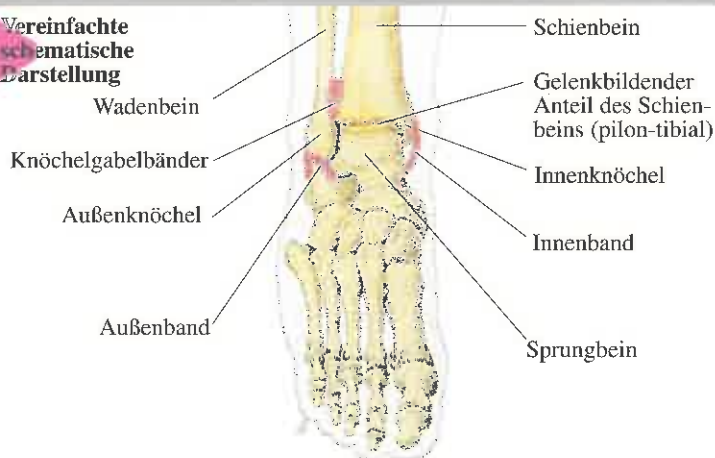
Welche Verletzungen können auftreten?

Jeder einzelne Bestandteil des Sprunggelenks kann allein oder zusammen mit anderen verletzt sein.

Die Ärztin/der Arzt wird Ihnen erläutern, welche Verletzungen festgestellt wurden:

- Bruch des Außenknöchels
- Bruch des Innenknöchels
- Verrenkungsbruch des Sprunggelenks
- Bruch des Sprungbeins
- Bänderriss am Außenknöchel
- Bänderriss am Innenknöchel
- Zertrümmerung des gelenkbildenden Anteils des Schienbeins (Pilon-Tibialfraktur)

Vereinfachte schematische Darstellung



Operationen bei Verletzungen des Sprunggelenks

Fehlstellungen können zu vorzeitiger Abnutzung der Knorpelflächen führen. Die Folgen sind Bewegungseinschränkungen bis hin zu Versteifungen und Schmerzen. Beim Sprunggelenk können schon geringe Fehlstellungen weitreichende Folgen haben. Bandverletzungen bergen die Gefahr einer Lockerung des Gelenks, vorzeitiger Abnutzung und herabgesetzter Belastbarkeit. Durch die Behandlung werden diese Risiken gemindert.

Behandlungsmöglichkeiten?

Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, Verletzungen des Sprunggelenks zu versorgen: die konservative Vorgehensweise, bei der Brüche durch Ruhigstellung mit Verbänden und Bandverletzungen durch Muskeltraining oder Teilruhistellung mit Bandagen oder Schienen behandelt werden, und die Operation. Beide Behandlungsmethoden haben jeweils Vor- und Nachteile sowie spezifische Risiken. **Die Ärztin/Der Arzt empfiehlt im vorliegenden Fall die Operation.**

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff wird in Vollnarkose oder Teilnarkose durchgeführt. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Vor Operationsbeginn wird mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperrung angelegt. So kann der Eingriff in Blutleere durchgeführt werden. Je nachdem, welche Verletzung vorliegt, kommen verschiedene Operationsmethoden in Frage, die jeweils einzeln oder miteinander kombiniert eingesetzt werden können.

Bei **Knochenverletzungen** werden die Bruchstücke möglichst genau in ihrer ursprünglichen Stellung eingerichtet. Metallschrauben, -platten, Nägel oder Drähte halten die Bruchstücke während der Heilung in der richtigen Stellung (Osteosynthese). Unter Umständen ist es erforderlich, Knochenmaterial, das aus dem Beckenkamm oder dem Schienbeinkopf entnommen wird, einzupflanzen (Knochenverpflanzung, Spongiosaplastik).

Gerissene Bänder können vom Arzt genäht oder, falls erforderlich, durch körpereigene Sehnen verstärkt werden (Bandplastik).

Das Verfahren, das bei Ihnen angewandt werden soll, ist angekreuzt:

- Wiederherstellung des gebrochenen Knöchels
- Wiederherstellung des gelenkbildenden Anteils des Schienbeins
- Wiederherstellung des gebrochenen Sprunggelenks
- Naht des Bandes/der Bänder am Außenknöchel
- Naht des Bandes/der Bänder am Innenknöchel

Ist mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffes zu rechnen?

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. Eine **Änderung oder Erweiterung** des geplanten Verfahrens kann dann notwendig werden. Fragen Sie bitte den Arzt, ob er selbst damit rechnet. Er wird Sie ggf. über Vor- und Nachteile, Risiken und Folgen dieser Maßnahmen gesondert aufklären.

Mögliche Zwischenfälle während und nach der Operation?

Trotz größter Sorgfalt können während und nach der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die u.U. weitere Behandlungsmaßnahmen/Nachoperationen erfordern. Zu nennen sind:

- **Allergische Reaktionen:** Nach Einspritzen örtlicher Betäubungsmittel oder anderer Medikamente können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit und - selten - auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum lebensbedrohlichen Kreislaufchock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern;
- **Verletzungen benachbarter Gewebe** (z.B. Muskeln, Sehnen); die Verletzung von Blutgefäßen kann zu stärkeren Blutungen führen, die u.U. die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen erforderlich machen. Dabei kann es äußerst selten zu Infektionen, z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) oder extrem selten mit HIV (AIDS) kommen. Auch eine Übertragung der Erreger von BSE/vCJK (Folge: fortschreitende Schädigung des Gehirns mit Todesfolge) ist nicht mit zweifelsfreier Sicherheit auszuschließen;
- **Nervenverletzungen**, die trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung des Fußes verursachen können;
- **Spritzenabszesse**, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können bleibende Beschwerden (Taubheitsgefühl, Narben, schmerzhaftes Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für Druckschäden infolge der bei der Operation notwendigen Lagerung sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;
- **Nachblutungen** und **Blutergüsse**, die behandelt werden müssen;
- **Infektionen** im Operationsgebiet; trotz Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Selten entsteht daraus eine chronische Knochenerkrankung (Osteitis); ebenso

Operationen bei Verletzungen des Sprunggelenks

selten kommt es infolge der Entzündung zu Gelenkversteifungen oder in extremen Ausnahmefällen zum Verlust der Gliedmaße;

- Thrombo-Embolie: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei Rauchern und Gebrauch der „Pille“. Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- Fett-/Knochenmarksembolie: Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- vorübergehende, aber auch bleibende Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden bis hin zur Teillähmung des Beines durch die Blutsperrung; derartige Störungen sind extrem selten und lassen sich meist gut behandeln;
- Nervendruckschäden durch Lagerung auf Schienen oder durch Verbände (Folge: z.B. Taubheitsgefühl, schmerzhaftes Missempfindungen);
- Wanderung von Drähten; die Drähte müssen dann entfernt werden, da es sonst zu Verletzungen kommen kann;
- Bruch oder Lageveränderung der eingesetzten Metallteile; dadurch kann es zu Verletzungen und einer Verschiebung der Bruchteile kommen. Eine operative Korrektur ist dann erforderlich;
- Verletzungen von Blutgefäßen oder Nerven durch eingebrachte Metallteile; die Folge können Blutungen oder vorübergehende, aber auch dauerhafte Lähmungen oder Gefühlsstörungen des Fußes sein;
- Reißen der Nähte im Bandapparat bei zu früher Bewegung oder ausgeprägter narbiger Veränderung der Weichteile;
- Bildung eines Falschgelenks (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird; dann müssen besondere Maßnahmen ergriffen werden, über die Sie gegebenenfalls gesondert aufgeklärt werden;
- Muskelschrumpfungen und -verkalkungen sowie Bewegungseinschränkungen und Versteifung von Gelenken aufgrund der Ruhigstellung, die unter Umständen trotz intensiver Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;
- überschießende und störende Narben (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen können;

- in Ausnahmefällen eine schmerzhafte Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Sudecksche Erkrankung).

Nach der Operation?

- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** oder **Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die sofort behandelt werden müssen.
- Nach einer Operation von **Knochenverletzungen** ist es nicht immer erforderlich, einen festen Verband anzulegen. Sie müssen das Sprunggelenk aber dennoch für längere Zeit (u.U. bis zu 3 Monate) entlasten, indem Sie **Gehstützen** benutzen. Belasten Sie das Bein in dieser Zeit nur so stark, wie es Ihnen erlaubt wurde.
- Eingesetzte **Metallteile** können in der Regel nach 12-18 Monaten entfernt werden. In Einzelfällen kann das Metall im Körper verbleiben.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Besonders wenn es sich um frische Verletzungen handelt, kann die Beweglichkeit des Sprunggelenks gut wieder hergestellt werden. Schwierig ist dies jedoch, wenn der untere Teil des Schienbeins gebrochen ist. Je nachdem, wie stark der Gelenkknorpel beschädigt wurde, können Bewegungseinschränkungen und auch Versteifungen auftreten. Ohne Operation kommt es in diesen Fällen immer zu schmerzhaften Teilversteifungen. Die Erfolgsaussichten sind am günstigsten, wenn der Eingriff zum frühestmöglichen Zeitpunkt durchgeführt wird.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:



Operationen bei Verletzungen des Sprunggelenks

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
2. Besteht z.Zt. eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? nein ja
3. Bestehen **Allergien/Überempfindlichkeiten** z.B. auf Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle? nein ja
4. Kam es bei früheren Operationen/Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
7. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar, Aspirin oder Hormone) benötigt? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken, mögliche Komplikationen; geplantes Operationsverfahren; Art der eingebrachten Metallteile; Nebeneingriffe; Folgemaßnahmen; mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation; Fristgebundenheit des Eingriffes; Gründe des Patienten für die Ablehnung; Beschränkung der Einwilligung, z.B. hinsichtlich der Transfusion; Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffs

Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgreicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. zunehmende Bewegungseinschränkung bis hin zur Versteifung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes hat mich/uns

Frau/Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über die Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und möglichen Komplikationen und über Neben- und Folgemaßnahmen und deren Risiken stellen.

Ich/Wir habe(n) **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige(n)** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation **ein**. Mit während der Operation erforderlich werdenden Erweiterungen des Eingriffes bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden. Mein/Unser Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Patientendaten/Aufkleber

Arthroskopie des oberen Sprunggelenks

(Sprunggelenkendoskopie, Spiegelung des oberen Sprunggelenkes)

ggf. mit arthroskopischer Operation

linkes Sprunggelenk rechtes Sprunggelenk

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

möglicherweise ist das obere Sprunggelenk geschädigt. Mit einer Spiegelung (Arthroskopie) kann dies abgeklärt und sofort behandelt werden (arthroskopische Operation). Vor dem Eingriff wird die Ärztin/der Arzt (im folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Wie wird arthroskopiert?

Die Arthroskopie erfolgt in Allgemeinnarkose, Teilnarkose oder evtl. in örtlicher Betäubung. Über die Narkoseverfahren klärt Sie der Anästhesist gesondert auf. Um den Blutverlust gering zu halten, wird mit einer Manschette eine Blutsperrung angelegt.

Der Arzt führt das optische Instrument (Arthroskop) über einen kleinen Schnitt in das Sprunggelenk ein. Das Gelenk wird dann mit Flüssigkeit oder Gas gefüllt, so dass sich der Gelenkinnenraum gut überblicken lässt. Ein zweiter kleiner Zugang ermöglicht es, einen Tasthaken oder ein Operationsinstrument einzuführen. Unter Umständen ist es vorteilhaft, das Gelenk mit einem speziellen Gerät (äußerer Spanner), das mit Schrauben in den Knochen befestigt wird, aufzudehnen.

Nach dem Eingriff wird das Sprunggelenk ausgespült und die Flüssigkeit abgesaugt. Die kleinen Schnitte werden vernäht.

Mögliche Eingriffe:

- Knorpelglättung
- Entfernung von freien Gelenkkörpern und Kalk-einlagerungen in Kapseln oder Sehnen
- Lösung von Kapselteilen oder Vernarbungen
- Entfernung der Gelenkinnenhaut
- Abtragung von knöchernen Veränderungen am Schienbein oder am Sprungbein
- Einsatz eines Lasers
- Sonstige Operationen: _____

Nach Abschluss der Operation werden alle Instrumente aus dem Gelenk entfernt und die Schnitte vernäht.

Bei sehr seltenen, unvorhersehbaren Zwischenfällen führt der arthroskopische Eingriff nicht zum Ziel.

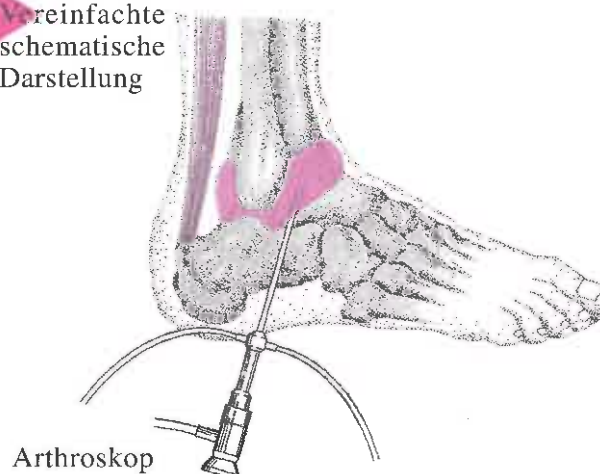
Wir bitten Sie schon jetzt um Ihr Einverständnis, den Eingriff dann (z.B. bei Ausfall der technischen Anlage) als offene Operation fortzusetzen, wenn sich dies als notwendig erweist.

Gibt es Alternativen? Als Alternativen zum vorgeschlagenen Verfahren kommen in manchen Fällen z.B. konservative Behandlung mit Medikamenten, offene Operation, Schonung des Gelenks bzw. Ruhigstellung und/oder Physiotherapie in Frage. Ihr Arzt wird Sie über Alternativen informieren, falls diese für Sie geeignet sind und Ihnen erläutern, warum er in Ihrem Fall die Arthroskopie empfiehlt.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Die Arthroskopie des Sprunggelenkes ist ein risikoarmes Verfahren. Zwischenfälle und Komplikationen, die ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen oder zusätzliche Eingriffe erfordern können, treten nur in Einzelfällen auf.

Vereinfachte schematische Darstellung



Arthroskop

Trotzdem sollten Sie über mögliche Störungen Bescheid wissen:

- Einspritzungen vor, während oder nach der Operation können in seltenen Fällen Haut- und Weichteilschäden (Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Nerven- und Venereizungen) und langandauernde oder dauerhafte Beschwerden (Narben, Schmerzen) zur Folge haben;
- Eine Infektion führt zu Schwellung, Schmerzen und Temperaturanstieg. Neben einer Behandlung mit Antibiotika können auch ein oder mehrere operative Eingriffe erforderlich werden. In sehr seltenen Fällen verursacht die Infektion die Zerstörung des Gelenkes mit einer dauerhaften Gelenkversteifung;
- überschießende und kosmetisch/funktionell störende Narben (Keloid) können bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen und eine spätere Korrektur erfordern;
- Thrombo-Embolie: Blutgerinnsel können in Bein- und Beckenvenen entstehen (Thrombose), in die Lungen verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei bettlägerigen Patienten, Rauchern und bei Einnahme von Hormonpräparaten („Pille“). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- kleine Verletzungen der Knorpeloberfläche durch die Operationsinstrumente können vorkommen, bleiben im allgemeinen aber folgenlos;
- gelegentlich bildet sich ein Gelenkerguss, z.B. aufgrund einer Nachblutung; trotz Drainage oder Punktion kann ein Erguss immer wieder auftreten und über Wochen bestehen;
- äußerst selten kommt es zu Verletzungen wichtiger Blutgefäße, die zu stärkeren Blutungen führen und eine Blutübertragung erforderlich machen. Durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen kann es äußerst selten zu Infektionen kommen, z.B. mit Hepatitis-Viren (Folge: Leberentzündung) oder mit HIV (Spätfolge: AIDS). Auch eine Übertragung der Erreger von BSE/vCJK (Folge: fortschreitende Schädigung des Gehirns mit Todesfolge) ist nicht mit zweifelsfreier Sicherheit auszuschließen;
- äußerst selten kommt es zu einer Verletzung von Nerven, die eine meist nur vorübergehende, nur selten dauerhafte Teillähmung des Fußes verursachen kann;
- vorübergehende, nur selten dauerhafte Störungen kleiner Hautnerven sind möglich, die zu Berührungsunempfindlichkeit, Taubheitsgefühl oder schmerzhaften Missempfindungen in kleinen Hautbezirken führen können;
- Flüssigkeit oder Gas kann in die benachbarten Weichteile eindringen. Dies tritt vor allem bei Verletzungen des Sprunggelenks auf. Die Einlagerungen sind aber harmlos und meist nach wenigen Stunden resorbiert;

- in seltenen Fällen kommt es zu Druckschäden an Nerven und Weichteilen durch die bei der Operation erforderliche Lagerung. Meist bilden sie sich innerhalb weniger Wochen zurück. In Einzelfällen können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl, schmerzhaftes Missempfindungen) bleiben. Möglich sind auch Hautschäden durch Desinfektionsmittel oder elektrischen Strom. Es können Narben zurückbleiben;
- Verletzungen durch unbeabsichtigtes Abweichen des Laserlichtstrahls sind theoretisch möglich und nicht sicher vermeidbar, sie können zum Absterben von gesunden Gewebestrukturen führen;
- Die Mittel zur örtlichen Betäubung können kurzfristiges Kreislaufversagen oder kleine Krampfanfälle auslösen;
- Allergische Reaktionen: Nach Einspritzen örtlicher Betäubungsmittel oder anderer Medikamente können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz Übelkeit und – selten – auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum lebensbedrohlichen Kreislaufschock auftreten, die eine intensivmedizinische Behandlung erfordern;
- in Ausnahmefällen kommt es zu einer schmerzhaften Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Arthrofibrose und Sudecksche Erkrankung);
- Knochenbruch, Bänderriss und Ausbrechen einer Schraube beim Einsatz eines äußeren Spanners.

Worauf ist zu achten?

- Handeln Sie bitte unbedingt nach den **Anweisungen Ihres Arztes!**
- Bei ambulanter Arthroskopie lassen Sie sich/Ihr Kind bitte abholen und fragen Sie nach genauen Verhaltensregeln. Sie dürfen/Ihr Kind darf für **24 Stunden** nach dem Eingriff **nicht aktiv am Straßenverkehr** teilnehmen und nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten.
- Suchen Sie bei **anhaltendem Schmerz, starker Schwellung** und **Temperaturerhöhung** sofort einen Arzt auf!
- Zur **Vorbeugung einer Thrombose** kann ein blutverdünnendes Medikament nötig sein. Dadurch kann es vermehrt zu Nachblutungen und einer erhöhten Blutungsneigung, z.B. bei weiteren ärztlichen Eingriffen, kommen.

Das Bein sollte möglichst bald wieder bewegt und gegebenenfalls auch belastet werden. Ob Sie das Bein wickeln oder einen elastischen Strumpf tragen sollen, werden wir Ihnen mitteilen.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Meist reicht eine einmalige Spiegelung aus, um Gelenkbeschwerden abzuklären bzw. zu behandeln.

Gelegentlich können aber trotz Behandlung die ursprünglichen Beschwerden bestehen bleiben

Arthroskopie des oberen Sprunggelenks

oder einige Zeit nach dem Eingriff neue bzw. erneut die ursprünglichen Beschwerden auftreten. In diesen Fällen ist häufig eine weitere Spiegelung (Re-Arthroskopie) notwendig.

Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig erscheint (z.B. individuelle Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs, alternative Behandlungsmöglichkeiten). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren:

Was der Arzt wissen sollte...

Um Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
2. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS)? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
3. Wurden **Allergien** oder **Überempfindlichkeitsreaktionen** z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente (z.B. Jod), Nahrungsmittel, Metalle beobachtet? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
7. Werden **regelmäßig Medikamente** benötigt (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar oder Aspirin, Hormone)? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
8. **Frauen im gebärfähigen Alter:** Könnten Sie schwanger sein? nein ja

*Grundsätzlich sollten beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass dieser das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Fragen des Patienten, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung des Eingriffes, Beschränkung der Einwilligung, Betreuungsfall)

Datum _____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffes

- Nach erfolgter Aufklärung wurde
- die Arthroskopie abgelehnt.
 - die arthroskopische Operation abgelehnt.
 - über mögliche Nachteile der Ablehnung informiert.

Datum _____

Unterschrift _____ Unterschrift der Patientin/des Patienten/
 der Ärztin/des Arztes der Eltern*/ggf. des Zeugen _____

Einwilligungserklärung

Über die geplante Arthroskopie/arthroskopische Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über Risiken und Komplikationen, stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit ein** in die

- Arthroskopie arthroskopische Operation.

Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Blutübertragung.

Datum _____ Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern* _____

Klinikeindruck/Stempel

Patientendaten/Aufkleber

Operationen bei Sehnenverletzungen an Hand/Unterarm

Verletzung:

- Strecksehne Finger
 Beugesehne Handrücken

Vorgesehener Eingriff:

- Sehnennaht
 Sehnenverlagerung
 Sehnentransplantation
 Vorbereitung einer Sehnentransplantation

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Untersuchung ergab eine Sehnenverletzung, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden können. Dieses Aufklärungsblatt soll Ihnen helfen, sich auf das Gespräch vorzubereiten.

Wie kommt es zu Sehnenverletzungen?

Bei Schnitt- oder Stichverletzungen sowie bei ausgedehnten Handverletzungen kommt es häufig zur Durchtrennung von Sehnen. Durch plötzliche starke Belastung kann eine Sehne von ihrem Ansatz am Knochen (manchmal mit einem kleinen Knochenstück) abreißen. Veränderungen an der Sehne, Rheuma und Durchblutungsstörungen können zu Sehnenrissen führen.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Bei Sehnenrissen am Endglied eines Fingers kommt eine Behandlung durch Ruhigstellen mit einer Schiene in Frage. In Ihrem Fall/Bei Ihrem Kind jedoch raten wir zur Operation.

Wie wird die Operation durchgeführt?

Die Operation erfolgt in Regionalbetäubung (Armplexusanästhesie) oder in Allgemeinnarkose. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Um starke Blutungen, die die Übersicht stören, zu vermeiden, wird der Eingriff in Blutleere des Armes vorgenommen. Das Blut wird durch Umwickeln des Armes

mit einer Gummibinde herausgepreßt. Eine am Oberarm angelegte Druckmanschette verhindert den Rückfluß des Blutes.

Je nach Situation und Alter der Verletzung kommen verschiedene operative Wiederherstellungsverfahren einer Sehne in Frage. Der bei Ihnen/Ihrem Kind vorgesehene Eingriff ist unten im Kästchen angekreuzt.

Sehnennaht

Liegt eine offene Verletzung mit einer Durchtrennung der Sehne vor, können die Sehnenenden direkt genäht werden.

Sehnenverlagerung

Eine benachbarte Sehne, deren Funktion von anderen Sehnen übernommen werden kann, wird umgelagert und übernimmt die Funktion der verletzten Sehne. Diese Methode wird überwiegend bei einem Riß der Daumenstreckersehne angewandt.

Sehnenverpflanzung

Falls eine Sehne nicht genäht werden kann (Defekt, Sehnenzerstörung, Vernarbung nach länger zurückliegender Verletzung), kommt eine Sehnenverpflanzung in Frage. Hierzu werden bevorzugt heute beim Menschen funktionslose Sehnen (entwicklungsgeschichtlich bedingt) vom Unterarm bzw. Unterschenkel verwendet.

Wenn durch die Verletzung oder durch die Vernarbung das Gleitlager der Sehne zerstört ist, muß zunächst die Sehne entfernt und ein glatter, flexibler Kunststoffstab an ihrer Stelle eingesetzt werden. So-

Operationen bei Sehnenverletzungen an Hand/Unterarm

mit kann sich eine neue Gleitröhre für die Sehne um den Stab bilden. Nach 8-12 Wochen wird der Kunststoffstab entfernt und die Sehne eingepflanzt.

Während der Heilungsphase darf die Sehne nicht durch Zug belastet werden. Wann immer das möglich ist, wird jedoch versucht, eine unbelastete Bewegung der Sehne während der Heilungsphase durchzuführen, um Sehnenverklebungen zu verhindern. Hierzu wird ein spezieller Übungsgips in Handgelenksbeugung angelegt. Zusätzlich wird der Finger durch eine Metallfeder oder durch ein Gummiband in Beugung gehalten. Die Übungen (Streckung des Fingers in Mittel- und Endgelenk) sind sorgfältig durchzuführen!

Unabhängig vom Operationsverfahren muß die Hand nach dem Eingriff für einige Wochen ruhiggestellt werden.

Welche Komplikationen können auftreten?

Trotz größter Sorgfalt kann es während und nach der Operation vereinzelt zu Störungen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen oder Nachoperationen erforderlich machen können. Zu nennen sind:

während der Operation:

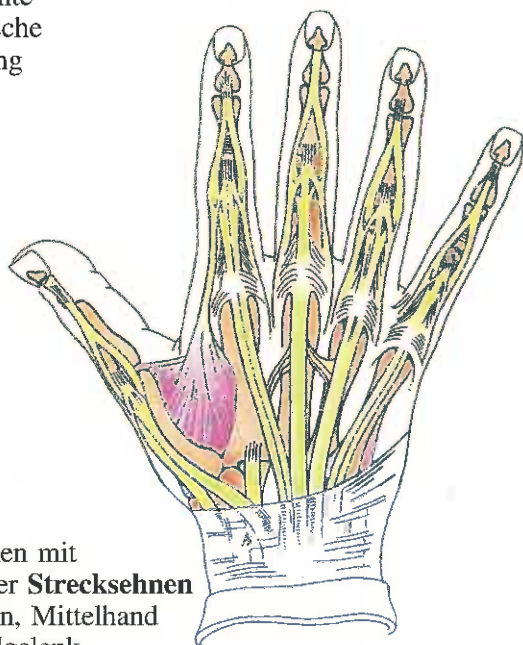
- Verletzungen: In der Hand liegen Sehnen, Nerven, Blutgefäße und Muskeln sehr dicht beieinander, so daß die Gefahr von Verletzungen besteht. Je nach Ort der Schädigung und ihrem Schweregrad können vorübergehende oder dauerhafte Störungen der Berührungsempfindlichkeit und/oder der Bewegungsmöglichkeiten der Hand, extrem selten auch Lähmungen verursacht werden;
- **sehr selten** Nerven- und Hautschäden aufgrund der notwendigen Blutleere, die in den meisten Fällen

erfolgreich behandelt werden können und nur in **extrem seltenen** Fällen bleibende Schäden hinterlassen;

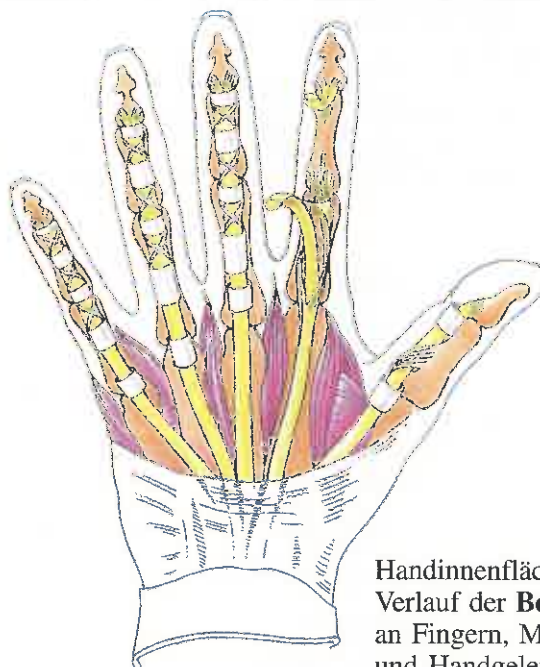
nach der Operation:

- Nachblutungen und Blutergüsse, die (evtl. auch operativ) behandelt werden müssen;
- Einblutungen und starke Schwellungen der Weichteile, die trotz konsequenter Hochlagerung auftreten können. Dadurch kann der Verband zu eng werden. Sind die Finger blau oder gefühllos, muß dringlich Abhilfe geschaffen werden;
- Bildung von inneren Narben, die Verwachsungen der Sehnen mit benachbartem Gewebe und Narbenbildung im Bereich der operierten Sehne verursachen. Hierdurch wird die Gleitfähigkeit der Sehne behindert; dies verursacht Bewegungseinschränkungen. Evtl. muß die Sehne in einer weiteren Operation von den Vernarbungen gelöst und so die Beweglichkeit gebessert werden;
- **selten** Reißen der Sehne an der Nahtstelle; in diesem Fall muß erneut operiert werden;
- Beeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit durch die Ruhigstellung oder nicht exakte Ausführung der Übungen im Übungsgips. Durch Schrumpfung von Kapseln und Bändern können langanhaltende oder sogar bleibende Bewegungseinschränkungen entstehen;
- **gelegentlich** verminderte Berührungsempfindlichkeit im Bereich der Schnitte als Folge der Durchtrennung von Nervenverästelungen bei der Operation. In der Regel bilden sich diese Störungen von selbst zurück und bedürfen keiner Behandlung;
- Narbenstörungen: Wulstige, dicke, schmerzhaft Narben treten im Bereich der Hohlhand **selten** auf. Sie bedürfen einer speziellen Narbenbehandlung. Kommt es

Vereinfachte schematische Darstellung



Handrücken mit Verlauf der **Strecksehnen** an Fingern, Mittelhand und Handgelenk



Handinnenfläche mit Verlauf der **Beugesehnen** an Fingern, Mittelhand und Handgelenk

in Folge der Operation zu **Narbenzug**, der die Bewegung behindert, ist eine Nachoperation erforderlich;

- **Wundinfektionen**, die sich ausbreiten und weitere Strukturen einbeziehen können. Kommt es zum Untergang von Haut (**Nekrose**), müssen evtl. auch aufwendigere Hautplastiken durchgeführt werden;
- in **Ausnahmefällen** schmerzhafte Weichteilschwellung gekoppelt mit funktionellen Durchblutungsstörungen (örtliches Hitze-/Kältegefühl), die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe sowie zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung von Gelenken führen kann. Diese **Reflexdystrophie** oder **Sudeck'sche Erkrankung** bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung.

Kann der Eingriff ambulant erfolgen?

Nach **Ausschluß aller Risikofaktoren** kann der Eingriff auch **ambulant** erfolgen. Falls dies vorgesehen ist, lassen Sie sich/Ihr Kind bitte danach abholen und stellen Sie eine Aufsichtsperson zu Hause sicher. Fragen Sie bitte Ihren Arzt nach **genauen Verhaltensregeln**. Beachten Sie bitte auch die vorübergehende **Einschränkung der Straßenverkehrstauglichkeit** durch Narkose-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel: Es darf in den ersten 12-24 Stunden nach der Operation kein Kraftfahrzeug oder Zweirad geführt, ferner nicht an gefährlichen Maschinen gearbeitet und keine wichtigen Entscheidungen getroffen werden.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Strecksehnenwiederherstellungen führen in der Regel zu guten Erfolgen. Operationen an Beugesehnen sind schwieriger, da die anatomischen Verhältnisse sehr kompliziert sind. Heute kann jedoch in 70-80% der Fälle mit guten bis sehr guten Ergebnissen gerechnet werden.

Worauf ist nach der Operation zu achten?

Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe und die gewissenhafte Beachtung der Richtlinien zur Nachbehandlung angewiesen.

- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** (z.B. Kribbeln, Elektrisieren) oder **Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die sofort behandelt werden müssen.
- Nach der Operation ist die **Hand konsequent hoch zu halten/-zulagern**, um der Schwellneigung entgegenzuwirken.

- Die Übungen im Übungsgips bei einer Beugesehnen-durchtrennung sind sehr sorgfältig durchzuführen! Vor allem ist eine vollständige Streckung in den letzten beiden Fingergelenken unbedingt erforderlich.
- Nach Gips- (Schienen-)abnahme sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische sowie evtl. ergotherapeutische Behandlungen erforderlich.
- Bitte beachten Sie die Richtlinien zur Nachbehandlung, die Ihr Arzt vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprechen wird. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen erforderlich.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig erscheint, so z.B.:

- Wie notwendig und dringlich ist die Behandlung?
- Bestehen persönliche Risiken, die im Aufklärungsgespräch nicht erwähnt sind?
- Gibt es andere Möglichkeiten der Behandlung?
- Wie verläuft der erforderliche Schnitt?
- Welche Maßnahmen (z.B. Infusionen, Einspritzungen, Medikamente) sind zur Vorbereitung oder während der Operation erforderlich und welche Risiken bestehen dabei?

Besprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Arzt:

- Wann sollen die Fäden entfernt werden?
- Sind Verbände erforderlich? Welche und wie lange?
- Wann ist Duschen oder Baden möglich?
- Wann kann voraussichtlich die Arbeit wiederaufgenommen werden?
- Wann und wo sollen die Nachuntersuchungen erfolgen?

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird von der körperlichen Verfassung und von Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind Störungen des **Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (z.B. Herz, Kreislauf, Lungen, Schilddrüse, Leber, Nieren, Nervensystem) bekannt? nein ja

Wenn ja, welche? _____

2. Besteht eine **akute oder chronische Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS)? nein ja

Wenn ja, welche? _____

3. Wurden **Allergien** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeitsreaktionen** z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel beobachtet? nein ja
4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkten Blutungen**? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (**Thrombose, Embolie**)? nein ja
7. Werden **regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel** (z.B. Marcumar, Aspirin) oder **andere Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerzmittel, Hormone) benötigt? nein ja
- Wenn ja, welche? _____
8. Rauchen Sie **Zigaretten**? nein ja
- Wenn ja, wieviele pro Tag? _____
9. Trinken Sie **Alkohol**? nein ja
- Wenn ja, was und wieviel pro Tag?

Fragen Sie den Arzt, ob in Ihrem speziellen Fall ein erhöhtes Thrombose- und Embolierisiko (Bildung und Verschleppung von Blutgerinnseln) besteht.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen, Folgemaßnahmen, Beschränkung der Einwilligung, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Behandlung, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Einwilligungserklärung:

- Über den geplanten Eingriff sowie evtl. erforderliche Erweiterungsmaßnahmen hat mich
 Frau/Herr Dr. _____
 in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.
- Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend aufgeklärt**, hatte **ausreichend Bedenkzeit** und **willige** hiermit in die geplante Operation ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

Nur für den Fall einer Verschiebung/Ablehnung der Operation

- Weitere Bedenkzeit und eine Verschiebung des Operationstermins wurden erbeten.
- Der vorgeschlagene Eingriff wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde informiert.

Ort/Datum

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes Unterschrift der Patientin/ des Patienten/der Eltern*

* Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, daß sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder daß sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Patientendaten/Aufkleber

Handskelettfrakturen

- Konservative Behandlung**

 Operative Behandlung
 rechte Hand

 linke Hand

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

die Untersuchung ergab einen Bruch eines oder mehrerer Handknochen. Vor der Behandlung wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur „Arzt“ mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der geplanten Maßnahme sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen der Behandlung sowie Alternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Die Behandlungsmöglichkeiten

Das Ziel jeder Knochenbruchbehandlung besteht darin, die Bruchstücke möglichst genau wieder in ihre ursprüngliche Stellung zu bringen und während der Heilungsphase so festzuhalten (zu fixieren), dass sie in der richtigen Stellung zusammenwachsen können. Konservative und operative Behandlung haben Vor- und Nachteile und jeweils eigene Risiken. Die Wahl der Behandlungsmethode richtet sich in erster Linie nach der Art des Bruches sowie nach Ihrem Lebensalter und Ihren Lebensumständen. Man unterscheidet offene Brüche, bei denen die Haut verletzt ist und im schlimmsten Fall der Knochen freiliegt, von geschlossenen Brüchen ohne Hautbeteiligung. Jedoch können auch bei geschlossenen Brüchen Weichteile wie Muskeln, Nerven, Sehnen oder Blutgefäße verletzt sein. Bei Kindern wird in der Regel eine konservative Behandlung bevorzugt (außer bei Abbrüchen von Kanten oder Verletzung der Wachstumsfuge o.Ä.), da kindliche Knochen meist schnell und komplikationslos zusammenwachsen. Eine Operation ist hingegen immer notwendig, wenn sich Verrenkungen/Brüche durch Zug und Gegenzug nicht so einrichten lassen, wie es für die Heilung erforderlich ist.

In Ihrem Fall/bei Ihrem Kind raten wir zu der im Kästchen angekreuzten Behandlung:

Konservative Behandlung:

Der gebrochene Knochen wird, wenn sich der Bruch verschoben hat, zuerst eingerichtet, es sei denn, es handelt sich um einen verkeilten Bruch, bei dem dies nicht notwendig ist. Abhängig von der Beschaffenheit des Bruches/der Verrenkung kann eine Schmerzausschaltung sinnvoll sein, um das Einrichten zu erleichtern.

Anschließend wird die Hand/der Arm in der gewünschten Stellung mit Hilfe eines Verbandes (beispielsweise Gips, Kunststoffschiene o.a.) fixiert, um eine ungestörte Heilung der Verletzung zu ermöglichen. Ihr Arzt wird

mit Ihnen besprechen, wie lange Sie/Ihr Kind den Verband tragen müssen. Handelt es sich um einen offenen Bruch, muss die entstandene Wunde ebenfalls behandelt werden.

Operative Behandlung:

In Oberarmbetäubung (Armplexusanästhesie) oder in Vollnarkose wird der Bruch freigelegt und ggf. unter Röntgenkontrolle eingerichtet. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Um Blutungen zu verhindern und dadurch eine bessere Übersicht im Operationsgebiet zu erhalten, wird in Blutleere operiert. Durch Umwickeln des Armes mit einer Gummibinde wird das Blut herausgepresst. Eine Druckmanschette verhindert den Rückfluss des Blutes.

Zur Fixierung der Bruchstücke gibt es unterschiedliche Methoden, die u.U. auch kombiniert eingesetzt werden. Manchmal ist es möglich, unter Röntgenkontrolle über kleine Stichinzisionen, d.h. ohne Freilegung des Knochens, Draht und/oder Schrauben zu platzieren. Voraussichtlich wird bei Ihnen/Ihrem Kind das/die folgende(n) im Kästchen angekreuzte(n) Verfahren angewandt:

Drahtung

Die Knochenbruchstücke werden durch Drahtstifte (Kirschner-Drähte) in der richtigen Stellung gehalten. Ggf. erfolgt zusätzlich eine Sicherung durch Drahtschlingen (Cerclage, Zuggurtung).

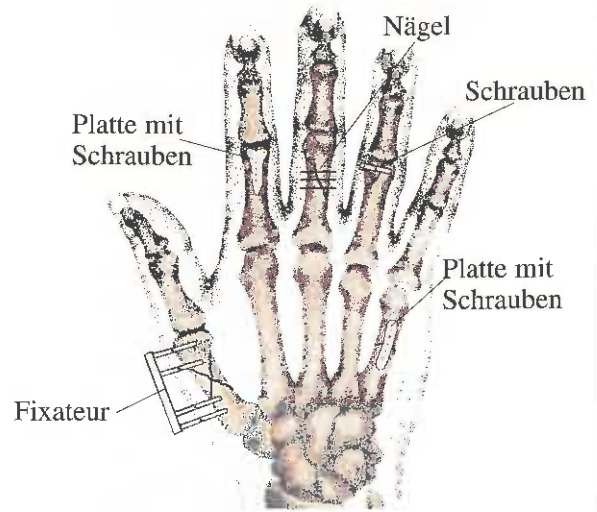
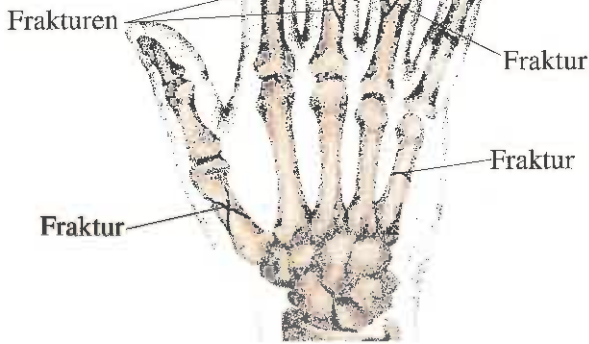
Verschraubung, Verplattung

Metallschrauben und/oder aufgeschraubte Metallplatten fixieren die Knochenbruchstücke in der richtigen Stellung.

Fixierung mit einem äußeren Spanner
(Fixateur externe)

Beiderseits der Bruchstelle wird der Knochen mit Metallstäben fixiert, die mit einem Gestell verbunden sind, das sich außerhalb des Körpers befindet.

Vereinfachte schematische Darstellung



□ Sonstige Verfahren

Sind Zusatzmaßnahmen erforderlich?

In manchen Fällen können auch folgende Zusatzmaßnahmen erforderlich werden.

□ Knochenverpflanzung

Um die Bruchheilung zu verbessern oder um Lücken auszufüllen, können Knochenspäne, z.B. aus dem Beckenkamm oder Unterarmknochen, eingepflanzt werden. Sollte dies bei Ihnen/Ihrem Kind geplant sein, klären wir Sie darüber gesondert auf.

□ Örtliche Antibiotikabehandlung

Bei offenen Brüchen mit größeren Weichteil- und Knochenschäden besteht eine erhöhte Infektionsgefahr. Deshalb wird manchmal als Antibiotikaträger eine Kugelfeder eingelegt, die später wieder entfernt werden muss. Alternativ können Kollagenschwämme verwendet werden, die zwar nicht entfernt werden müssen, oft aber ein längeres Nässen der Wunde bewirken.

□ Schiene oder fixierende Verbände

Nach der Operation kann eine zusätzliche Ruhigstellung, z.B. mit einem Gipsverband, erforderlich sein.

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. Für unvorhersehbare, medizinisch notwendige Änderungen oder Erweiterungen dürfen wir Ihr Einverständnis voraussetzen, sonst müsste der Eingriff unterbrochen werden, damit wir erneut mit Ihnen sprechen können. Die Behandlung würde sich dadurch verzögern, das Risiko von Zwischenfällen steigen.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt kann es in Einzelfällen während oder nach dem Eingriff/der Behandlung zu Komplikationen kommen, die u.U. eine sofortige Behandlung erfordern. Zu nennen sind:

Gemeinsame Risiken bei operativer und konservativer Behandlung

- Einblutungen und starke Schwellungen der Weichteile, die trotz konsequenter Hochlagerung auftreten können. Dadurch kann der Verband zu eng werden. Sind die Finger blau oder gefühllos, muss dringlich Abhilfe geschaffen werden;
- selten allergische Reaktionen bzw. Unverträglichkeitsreaktionen (z.B. auf Medikamente, Betäubungs-, Des-

infektionsmittel, eingebrachtes Metall), die sich z.B. als Hautrötung, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit äußern. Sehr selten können auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herz-Kreislaufstörungen bis hin zum Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und äußerst selten bleibende Schäden (z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung) hinterlassen können;

- Haut-, Weichteil- und Nervenschäden (z.B. Absterben von Gewebe, Blutergüsse, Schwellung, Schmerzen, Nerven- oder Venenreizung) infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach Einrichtung des Bruches oder der Operation sind sehr selten; sie bilden sich meist von selbst wieder zurück bzw. sind gut behandelbar. Unter Umständen kann es zu bleibenden Beschwerden (z.B. Schmerzen, Missempfindungen, Taubheitsgefühl bis hin zu Lähmungen, Narben) kommen.
- eine schmerzhafte Weichteilschwellung gekoppelt mit funktionellen Durchblutungsstörungen (örtliches Hitze-Kälte-Gefühl) ist in Ausnahmefällen möglich. Über längere Zeit kann dies zum Abbau von Muskel- und Knorpelgewebe sowie zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung von Gelenken führen. Diese Reflexdystrophie bzw. chronisches regionales Schmerzsyndrom (Sudeck'sche Erkrankung) bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung;
- bei Kindern: wenn der Bruch durch eine Wachstumsfuge verläuft oder diese verletzt ist, kann das Knochenwachstum gestört sein. Die Folge kann z.B. eine Verkürzung des betreffenden Knochens sein. Auch ohne Beteiligung der Wachstumsfuge kann das Knochenwachstum u.U. verändert sein;
- Achs-, Dreh- und andere Fehlstellungen nach Zusammenwachsen des Bruches; derartige Störungen lassen sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden. Hieraus können Bewegungseinschränkungen, Schmerzen und vorzeitiger Gelenkverschleiß resultieren. Evtl. kann eine operative Korrektur erfolgen;
- Trotz Ruhigstellung in der sog. „Schutzstellung“ der Hand kann es zu Schrumpfungen von Kapseln und Bändern kommen, die langanhaltende, selten bleibende Bewegungseinschränkungen verursachen;

Spezielle Risiken konservativer Behandlung

- Einblutungen und starke Schwellung der Weichteile, die zu starken Schmerzen führen können. Wird der Verband zu eng, muss dringlich Abhilfe geschaffen werden;
- Verschiebung der Bruchenden; eine nochmalige Einrichtung ggf. auch operativ kann notwendig werden ;
- verzögerte Heilung des Bruches/Bildung eines Falschgelenkes; die Dauer der Bruchheilung wird z.B. von Art und Schweregrad der Schädigung, dem Lebensalter, Vorerkrankungen, zusätzlichen Verletzungen und vor allem der Qualität der Ruhigstellung beeinflusst. Ist ein Falschgelenk entstanden, ist ein operativer Korrektur-eingriff, häufig verbunden mit einer Knochenverpflanzung (meist vom Beckenkamm), erforderlich;
- Bewegungseinschränkungen und Versteifung von Gelenken, auch im nicht verletzten Bereich, aufgrund von längere Zeit vermiedenen Bewegungen (nicht durchgeführten Bewegungsübungen der freien Gelenke), die u.U. auch durch intensive Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;

Spezielle Risiken operativer Behandlung

- Verletzungen benachbarter Strukturen (z.B. Nerven, Sehnen, Blutgefäßen); soweit eine Wiederherstellung während der Operation nicht erfolgt, können Nachoperationen erforderlich werden, um Funktionsausfälle zu bessern. Bei Nervenverletzungen können trotz operativer Behandlung (Nervnaht) dauerhafte Empfindungsstörungen zurückbleiben. Lähmungen kommen dagegen nur äußerst selten vor;
- Druckschäden an Nerven und Weichteilen durch die Blutleere oder Lagerung bei der Operation. Sie sind meist vorübergehend, vereinzelt können jedoch dauerhafte Beschwerden wie schmerzhafte Missempfindungen, Taubheitsgefühl, im äußersten Fall eine Teillähmung des Armes zurückbleiben; Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrochirurgische Geräte können Narben hinterlassen;
- Nachblutungen und Blutergüsse, die evtl. auch operativ behandelt werden müssen;
- Infektionen im Operationsgebiet sind selten und treten überwiegend bei offenen Brüchen auf; trotz medikamentöser und operativer Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Selten entsteht daraus eine chronische Knocheneiterung (Osteitis); hieraus können schwere funktionelle Störungen entstehen, die die Hand dauerhaft beeinträchtigen;
- Komplikationen durch das eingebrachte Metall; die Wanderung von Drähten, die Lockerung oder der Bruch eingebrachter Metallteile sowie Unverträglichkeitsreaktionen können eine vorzeitige Entfernung des Metalls notwendig machen. Eingebrachte Metallteile können auch die Funktion der Hand behindern. Nach Entfernung des Metalls bessert sich in der Mehrzahl der Fälle die Beweglichkeit;
- verzögerte oder ausbleibende Knochenheilung; in diesem Fall muss eine weitere Operation erfolgen, manchmal mit einer neuen Metalleinlage - meist in Verbindung mit einer Knochenverpflanzung (vom Beckenkamm);
- Bildung von inneren Narben: Bei der Freilegung des Knochens werden Narben verursacht, die Sehnen, Nerven oder Kapsel-Bandstrukturen der Gelenke einbeziehen und in sehr seltenen Fällen auch dauerhaft zu funktionellen Beeinträchtigungen führen können. Meist kön-

nen diese Störungen jedoch durch eine intensive Nachbehandlung behoben werden; selten ist auch eine Nachoperation erforderlich;

- Narbenstörungen: anlagebedingte, wulstige, dicke Hautnarben bedürfen einer speziellen Narbenbehandlung. Kommt es infolge der Operation zu Narbenzug, der die Bewegung behindert, ist eine Nachoperation erforderlich;

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Sowohl bei konservativer als auch bei operativer Behandlung sind die Erfolgsaussichten in der Regel gut. Absolut sicher lässt sich nicht voraussagen wann die Knochenheilung vollständig abgeschlossen ist. Spätestens nach 6 Monaten ist ein Knochenbruch sicher durchbaut.

Ist der Eingriff ambulant möglich?

In der Regel kann auch die operative Behandlung ambulant erfolgen. Lassen Sie sich bitte **unbedingt von einer erwachsenen Begleitperson abholen**. Beachten Sie die vorübergehende **Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit** durch Betäubungs-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel. Sie dürfen in den ersten 24 Stunden nach der Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, kein Kraftfahrzeug oder Zweirad führen, keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen, keine wichtigen Entscheidungen treffen, keinen Alkohol trinken und nicht rauchen. Fragen Sie Ihren Arzt nach genauen Verhaltensregeln.

Worauf ist zu achten?

- Bei **Schmerzen, Bewegungsstörungen, Taubheits- oder Kribbelgefühl** sowie **blau-roter Verfärbung** der Finger kann ein zu enger Verband die Ursache sein. In diesem Fall sollten Sie unverzüglich Ihren behandelnden Arzt (oder die Klinik) aufsuchen, um schwere Folgeschäden an Muskeln und Nerven zu vermeiden. Fragen Sie auch nach einer Telefonnummer für den Notfall.
- **Den verbundenen Arm möglichst immer aktiv hochhalten (auf keinen Fall in einer Schlinge tragen!), und in Ruhephasen oder nachts hochlagern. Fragen Sie Ihrem Arzt, ab wann eine Belastung des Armes wieder möglich ist!**
- Wichtig sind **regelmäßige Übungen**, um zusätzliche Einschränkungen der Beweglichkeit durch die Ruhigstellung im Verband zu verhindern und um die Blutversorgung des Gewebes unter dem Gips zu verbessern! Daher sollten die Gelenke, die nicht unter dem Verband liegen regelmäßig bewegt (isotonische Übung) und die Muskeln unter dem Gips angespannt werden (isometrische Übung). **Bitte fragen Sie Ihren Arzt nach entsprechenden schriftlichen Übungsanleitungen!**
- Achten Sie auf **Lockerung, Bruch** oder **Erweichung des Verbandes** und suchen Sie Ihren Arzt auf, wenn Sie **Schäden** bemerken! Nur so kann eine ausreichende Ruhigstellung für die Heilung erreicht werden!
- Eingesetzte Metallplatten können in der Regel nach 6-12 Monaten, >Drähte meist schon nach einigen Wochen entfernt werden. Häufig kann das Metall im Körper verbleiben.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf **Ihre Mithilfe** angewiesen. Fragen Sie bitte Ihren Arzt nach genauen **Verhaltensregeln und nach schriftlichen Anleitungen für Bewegungsübungen und Nachsorge**. Bitte

Fraktur Handknochen, operat./kons. Behandlung

beachten Sie diese Richtlinien gewissenhaft. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und häufig auch krankengymnastische bzw. ergotherapeutische Übungsbehandlungen erforderlich.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken).

Was Sie dem Arzt mitteilen sollten ...

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten:

1. Besteht eine **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. gegen Medikamente, Metalle, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel)? nein ja
2. Leiden Sie an einer **akuten/chronischen Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc) oder an einem anderen **schwerwiegenden chronischen Leiden** (z.B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? nein ja
3. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
Besteht eine **Bluterkrankung** oder eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. Nasen- oder Zahnfleischbluten, häufig blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen, bei Zahnbehandlungen, kleineren Wunden), oder gibt es bei Ihrer Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu? nein ja
5. Kam es zur **Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
6. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
7. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerzmittel, Hormone, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar® oder Aspirin®) ein? nein ja
Wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____
8. Haben Sie **Krampfadern**? nein ja
9. Rauchen Sie? nein ja
Wenn ja, was und wie viel pro Tag? _____
10. Trinken Sie Alkohol? nein ja
Wenn ja, wie viel durchschnittlich pro Tag? _____

11. Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. geplantes Verfahren, Risiken und mögliche Komplikationen, individuelle Risiken, notwendige Eingriffserweiterungen, Neben- und Folgemaßnahmen; mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Ärztin/Arzt

Ablehnung

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden Nachteile (z.B. Fortbestehen/Verschlimmerung der Beschwerden) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Ärztin/ Arzt

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

Einwilligungserklärung

Über den geplanten Eingriff sowie evtl. erforderliche Erweiterungsmaßnahmen hat mich/uns

Frau/Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe/Wir haben **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige(n)** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit unvorhersehbaren medizinisch erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/ des Patienten/der Eltern*

* Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.



■ Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Untersuchung ergab einen Knochenbruch, der operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch mit dem Arzt vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

■ Welche Arten von Knochenbrüchen gibt es?

Offene Brüche (Abb. 1) zeigen Hautverletzungen und der Knochen liegt frei. Bei geschlossenen Brüchen ohne Hautbeteiligung können dennoch Weichteile wie Muskeln, Nerven, Sehnen oder Blutgefäße verletzt sein. Man unterscheidet verschiedene Bruchformen, z.B. Querbruch, Splitterbruch, Spiralbruch (Abb. 2).

Fehlstellungen können zu vorzeitiger Abnutzung der Knorpelflächen führen. Die Folgen sind schmerzhafte Bewegungseinschränkungen bis hin zu Versteifungen. Durch die Behandlung werden diese Risiken gemindert.

■ Behandlungsmöglichkeiten?

Das Ziel jeder Knochenbruchbehandlung ist es, die Bruchstücke möglichst genau in ihrer ursprünglichen Stellung einzurichten und während der Heilungsphase so zu fixieren, damit sie möglichst glatt und ohne Fehlstellung zusammenwachsen können.

Konservative Behandlung: Der Bruch wird eingerichtet und durch einen Verband, wie z.B. einen Gips oder eine Schiene fixiert.

Operative Behandlung (Osteosynthese): Die Bruchstücke werden nach Einrichtung mit Metallteilen fixiert. Die Operation ermög-

licht ein genaueres Einrichten und eine frühzeitige Übungsbehandlung, die Versteifungen vorbeugt.

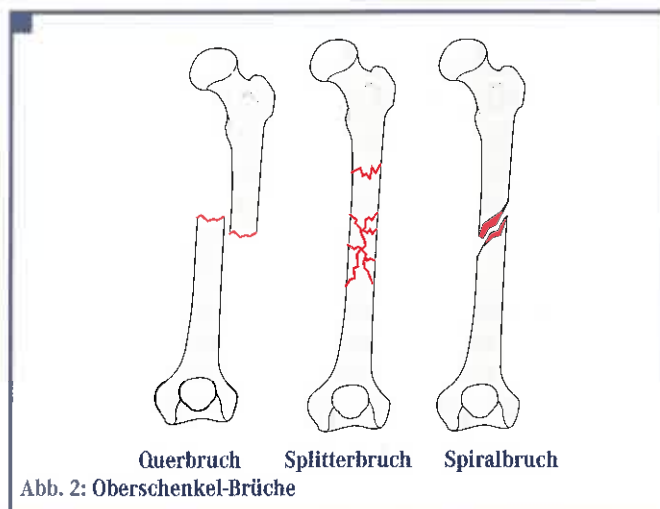
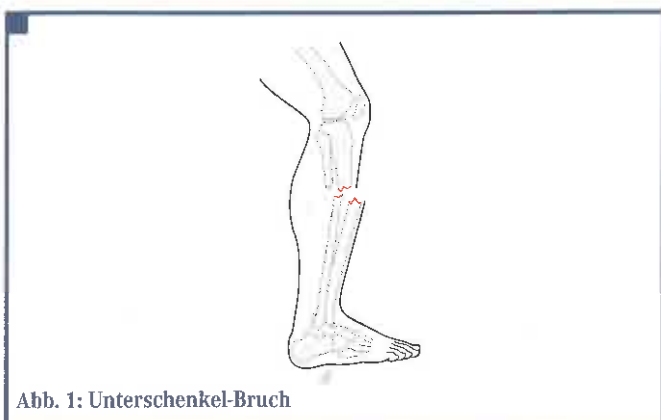
Beide Verfahren haben jeweils Vor- und Nachteile sowie spezifische Risiken. Aufgrund des vorliegenden Verletzungsmusters und nach Abwägung der spezifischen Risiken **raten wir Ihnen zur Operation**.

■ Wie wird operiert?

Die Operation erfolgt in Allgemein- oder Teilanästhesie. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens klärt Sie der Anästhesist gesondert auf.

Der Bruch wird freigelegt und eingerichtet. Es gibt verschiedene Methoden, um die Bruchstücke zu fixieren, die jeweils einzeln oder miteinander kombiniert eingesetzt werden können. Der Arzt kreuzt das Verfahren an, das bei Ihnen angewandt werden soll.

Nagelung: Ein oder mehrere Metallstäbe werden in den Markkanal eingebracht. Die Bruchstelle wird so von innen in der richtigen Stellung gehalten (Abb. 3).



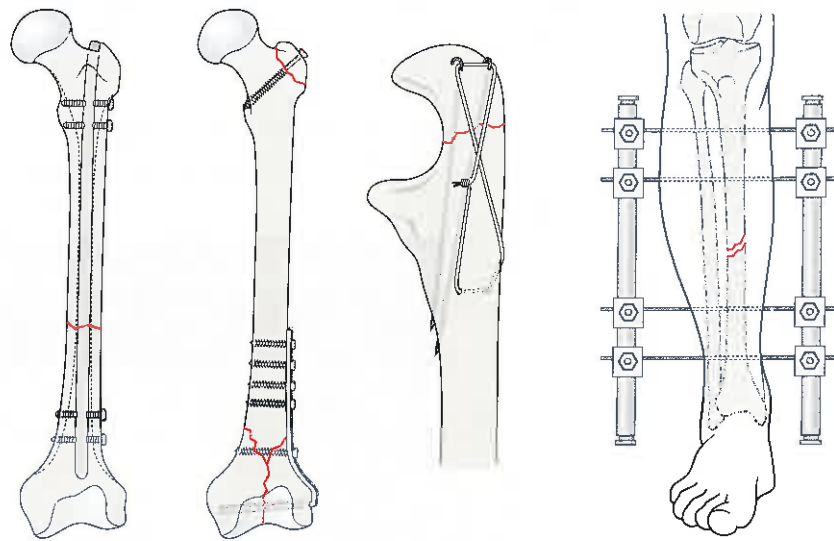


Abb. 3:

Nagelung

Verschraubung/Verplattung

Drahtung

Fixateur externe

- Verschraubung, Verplattung:** Metallschrauben und/oder aufgeschraubte Metallplatten fixieren die Knochenbruchstücke (Abb. 3).
- Drähte:** Die Knochen werden durch Drähte verbunden. Gegebenenfalls erfolgt eine Sicherung von Bruchstücken durch Drahtschlingen (Kirschner-Drahtung, Drahtumschlingung, Zuggurtung) (Abb. 3).
- Fixierung mit einem Gestell (Fixateur externe)**
Beiderseits der Bruchstelle wird der Knochen von Metallstäben fixiert. Diese sind mit einem Gestell verbunden, das sich außerhalb des Körpers befindet (Fixateur externe, Abb. 3). Nur in Sonderfällen (z.B. Wirbelbrüche) wird es in den Körper eingepflanzt.
- Sonstige Verfahren:** _____

■ Zusatzmaßnahmen?

Manchmal sind weitere Maßnahmen erforderlich.

- Blutsperre:** Bei bestimmten Brüchen der Gliedmaßen wird vor Operationsbeginn mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperre angelegt.
- Knochenspäne/Knochenersatzmaterial:** Um die Bruchheilung zu verbessern oder um Lücken aufzufüllen, können Knochenspäne z.B. aus dem Beckenkamm in die Bruchstelle eingepflanzt werden. Nur selten muss auf Knochen von fremden Spendern oder auf Knochenersatzmaterial zurückgegriffen werden. Sollte dies bei Ihnen geplant sein, werden Sie darüber gesondert aufgeklärt.
- Antibiotikakugelnketten:** Bei offenen Brüchen mit größeren Weichteil- und Knochenschäden können Infektionen auftreten. In solchen Fällen wird oft eine Kugelnkette, die Antibiotika enthält, eingelegt. Unter Umständen kann es sinnvoll sein, die Wunde zunächst offen zu lassen und erst später zu verschließen.
- rekonstruktive Eingriffe:** Wenn Knochenbruchstücke Blutgefäße durchtrennt oder verletzt haben, oder auch wenn größere Hautwunden vorliegen, können rekonstruktive (wiederherstellende) Eingriffe notwendig werden.
- Schiene oder fixierende Verbände:** Nach der Operation kann eine zusätzliche Ruhigstellung, z.B. mit einem Gipsverband, erforderlich sein.
- Sonstiges:**

■ Erweiterungen?

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. Eine **Änderung oder Erweiterung** des geplanten Verfahrens kann dann notwendig werden. Falls der behandelnde Arzt selbst mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffs rechnet, wird er Sie über Vor- und Nachteile, mögliche Risiken und Langzeitfolgen der zusätzlichen Maßnahmen gesondert aufklären. Für unvorhersehbare, medizinisch notwendige Erweiterungen dürfen wir Ihr Einverständnis voraussetzen, sonst müsste die Operation unterbrochen werden, damit wir erneut mit Ihnen sprechen könnten. Die Behandlung würde sich dadurch verzögern, das Risiko von Zwischenfällen steigen.

■ Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Die Osteosynthese ist ein risikoarmes Routineverfahren. Trotz größter Sorgfalt können während der geplanten Operation jedoch vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die im Verlauf auch **lebensbedrohlich** sein können und weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern. Zu nennen sind:

Während der Operation

- **Verletzungen von benachbarten Geweben** wie z.B. Sehnen, Muskeln und insbesondere von Blutgefäßen. Die Verletzung von Blutgefäßen kann zu **stärkeren Blutungen** führen, die eine Gefäßrekonstruktion und/oder eine Blutübertragung erforderlich machen. **Äußerst selten** kann es durch die Übertragung von Fremdblut oder Bestandteilen daraus zu **Infektionen** z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), **extrem selten** mit HIV (AIDS), und/oder anderen Erregern kommen (z.B. von BSE, Variante der Creutzfeld-Jakob-Erkrankung) sowie derzeit unbekanntem Erregern. Gleiches gilt auch bei Verwendung von Fremdknochenspänen. Nach einer Transfusion besteht die Möglichkeit einer Kontrolluntersuchung. Fragen Sie Ihren Arzt nach Zeitpunkt und Notwendigkeit einer solchen Untersuchung;
- **Nervenverletzungen**, die trotz operativer Behandlung (Nerven-naht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung verursachen können;
- **Sprengung des Knochenrohrs bzw. Verletzung benachbarter Gelenke** beim Einbringen eines Marknagels; der Knochen muss dann mit einer Metallplatte fixiert werden. Verletzungen an Gelenken können zu Versteifungen führen;
- **allergische Reaktionen/Unverträglichkeitsreaktionen:** Nach Einspritzen von Betäubungsmitteln oder anderen Medikamenten können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übel-

keit und – selten – auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und zu **bleibenden Schäden**, wie z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung oder Nervenlähmung führen können;

- **Spritzenabszesse**, Haut-, Weichteil- und Nervenschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können bleibende Beschwerden (Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für **Druckschäden**, die trotz ordnungsgemäßer Lagerung bei der Operation auftreten können sowie für **Hautschäden** durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;
- kommt es während der Operation zu einem **Instrumenten- oder Materialbruch**, so kann der abgebrochene Fremdkörper (z.B. Bohrer- oder Drahtspitze) ggf. im Knochen belassen werden. Dies führt i.d.R. zu keinen Beschwerden und vermeidet die größeren Risiken einer operativen Entfernung.

Mögliche Störungen und Spätfolgen nach der Operation

- **Nachblutungen und Blutergüsse**, die behandelt werden müssen;
- **Thrombo-Embolie**: Wie bei jeder Operation können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen oder in andere Organe verschleppt werden und **schwerste** Kreislaufstörungen (Embolie) oder z.B. einen Schlaganfall verursachen. Die Einnahme von bestimmten Medikamenten (z.B. Hormonpräparate), Übergewicht und das Rauchen erhöhen das Risiko. Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen. Bei Injektion von Heparin kann zusätzlich eine schwerwiegende Störung der Blutgerinnung (HIT) auftreten, die zu vermehrter Gerinnselbildung und somit zu akuten Gefäßverschlüssen führen kann;
- **Fett-/Knochenmarksembolie**: Besonders bei Brüchen großer Knochen oder bei ausgedehnten knochenchirurgischen Eingriffen kann Fett- und/oder Knochenmarksgewebe in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge verschleppt werden und schwerste Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder **bleibende Organschäden** bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- **Infektionen** im Operationsgebiet; trotz Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Selten entsteht daraus eine **chronische Knocheneiterung** (Osteitis); ebenso selten kommt es aufgrund der Entzündung zu **Gelenkversteifungen** oder in extremen Ausnahmefällen zum Verlust einer Gliedmaße;
- vorübergehende, aber auch bleibende **Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden** bis hin zu **Teillähmungen** durch eine evtl. angelegte Blutsperrung; derartige Störungen sind extrem selten und lassen sich im Allgemeinen gut behandeln;
- **Verletzungen von Blutgefäßen oder Nerven** durch eingebrachte Metallteile; die Folge können Blutungen oder vorübergehende, aber auch dauerhafte Lähmungen oder Gefühlsstörungen sein;
- besonders bei verzögerter Knochenheilung, schlechter Knochensubstanz, einem Verlust an Knochengewebe (z.B. bei Osteoporose) oder einer zu frühen Belastung kann das zur Stabilisierung eingebrachte Fremdmaterial (z.B. Schrauben, Platten, Nägel) **brechen, auslockern** oder seine **Lage verändern** (z.B. Schraubenperforation) und **nahe gelegene Strukturen schä-**

digen (z.B. Weichteile, Gelenke; Gefäße; Nerven). Unter Umständen ist dann ein erneuter Eingriff notwendig;

- **Wanderung von Drähten**; die Drähte müssen dann entfernt werden, da es sonst zu Verletzungen kommen kann;
- In Einzelfällen kann es zu einer unvorhergesehenen **Materialunverträglichkeit** gegenüber eingebrachten Fremdmaterialien kommen; Folgen sind z.B. Hauterscheinungen, Schmerzen oder Lockerung eingebrachter Metallteile;
- **Bildung eines Falschgelenks** (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird. Dann müssen besondere Maßnahmen ergriffen werden, über die Sie gesondert aufgeklärt werden;
- **Achs- und Drehfehlstellungen** sowie **Längenunterschiede**; derartige Störungen lassen sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden;
- **Muskelschrumpfungen** und **-verkalkungen** sowie **Bewegungseinschränkungen** und **Versteifung** von Gelenken aufgrund der Liegezeit, die unter Umständen auch durch intensive Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;
- **Nervendruckschäden** durch Lagerung auf Schienen oder durch Verbände;
- **erneuter Knochenbruch**; wenn der Knochen nicht vollständig verheilt ist, kann er unter Belastung erneut brechen;
- überschießende und störende **Narben** (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen können und u.U. Nachkorrekturen erfordern;
- in Ausnahmefällen eine **schmerzhafte Weichteilschwellung**, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu **Bewegungseinschränkungen** bis hin zur Versteifung führen kann (Sudecksche Erkrankung).
- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge **Durchblutungsstörungen und Funktionseinschränkungen**, im Extremfall bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (Kompartiment-Syndrom);

Über Risiken und mögliche Komplikationen in Ihrem speziellen Fall klärt Sie Ihr Arzt im Gespräch näher auf.

■ Ambulante Operation?

Nach Ausschluss der wichtigsten **Risikofaktoren** durch den Anästhesisten und den Operateur kann in manchen Fällen die Behandlung auch ambulant durchgeführt werden. Falls dies vorgesehen ist, fragen Sie Ihren Arzt nach genauen Verhaltensregeln für die Zeit nach der Behandlung.

Beachten Sie bitte, dass das Reaktionsvermögen nach einer Narkose, oder der Anwendung eines Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittels vorübergehend beeinträchtigt ist. Lassen Sie sich/Ihr Kind deshalb bitte von einer erwachsenen Begleitperson abholen. Sorgen Sie für eine **ständige Aufsicht in den ersten 24 Stunden** nach dem Eingriff. Ferner sollten Sie/sollte Ihr Kind im Regelfall in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr** teilnehmen, keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen, keine wichtigen Entscheidungen treffen und keinen Alkohol trinken. Genauere Empfehlungen zur Verkehrstauglichkeit etc. werden Ihnen nach Maßgabe der Art und Menge der verwendeten Medikamente und Ihres persönlichen Risikoprofils bei Entlassung durch den behandelnden Arzt in mündlicher und/oder schriftlicher Form mitgegeben.

■ Worauf ist nach der Operation zu achten?

Bitte halten Sie sich an die Anweisungen Ihres Arztes.

Medikamente sollten **nur in Absprache mit dem Arzt** verwendet werden. **Falls nicht anders angeordnet** und medizinisch vertretbar, sollten blutgerinnungshemmende Medikamente, wie z.B.

Aspirin® (ASS), **mindestens 5 Tage vor** der Operation abgesetzt bzw. nicht eingenommen werden. Falls Sie andere blutgerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar®, Heparin) einnehmen bzw. spritzen, teilen Sie dies bitte Ihrem Arzt frühzeitig mit.

Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen oder Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die sofort behandelt werden müssen.

Bei ambulanter Behandlung sind in den ersten Tagen nach der Operation engmaschige Kontrollen mit ausführlichen Anweisungen des behandelnden Arztes notwendig. Wenn die Operation unter stationären Bedingungen durchgeführt wurde, werden Sie die ersten Tage von Ihrem Arzt und dem Pflegepersonal die entsprechenden Anweisungen erhalten.

Zur Vorbeugung einer Thrombose erhalten Sie von Ihrem Arzt ein Medikament zur Blutverdünnung. Dieses entfällt dann, wenn Sie den betroffenen Knochen bewegen und auch teilbelasten dürfen. Falls Sie Medikamente zur Blutverdünnung erhalten, kann es vermehrt zu Nachblutungen und einer erhöhten Blutungsneigung, z.B. bei weiteren ärztlichen Eingriffen (auch Zahnbehandlung) kommen. Bitte informieren Sie Ihre behandelnden Ärzte darüber.

Eingesetzte **Metallteile** können in der Regel nach 12–18 Monaten entfernt werden. Dieser Eingriff kann im Normalfall ambulant erfolgen. In Einzelfällen kann das Metall im Körper verbleiben.

Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Da es viele verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gibt, sind die Erfolgsaussichten in der Regel gut. Sie sind am günstigsten, wenn der Eingriff zum frühestmöglichen Zeitpunkt durchgeführt wird.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Wichtige Fragen

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

n = nein j = ja

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? n j
2. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? n j
3. Bestehen **Allergien/Überempfindlichkeiten** z.B. gegen Metalle, Pflaster, Latex, Medikamente, Tierfell, Nahrungsmittel? n j

4. Liegt eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken) vor oder gibt es in Ihrer Verwandtschaft eine Anlage dazu? n j
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? n j
6. Kam es zur **Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? n j
7. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar®, Aspirin®, Plavix® oder Hormone) benötigt? n j

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Fristgebundenheit des Eingriffes, geplantes Operationsverfahren, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Beschränkung der Einwilligung, z.B. hinsichtlich der Blutübertragung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffes

Die vorgeschlagene Operation wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit Unterschrift Ärztin/Arzt

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes hat mich Frau/Herr Dr. _____

in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgemaßnahmen und deren Risiken stellen. Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend informiert** und **willige** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit medizinisch erforderlichen, auch unvorhersehbaren, Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. erforderliche Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit Unterschrift der Patientin/des Patienten



Entfernung/Austausch von Osteosynthesematerial

Metallentfernung/-austausch im Arm/Bein/
Brustkorb/Beckenknochen/Kieferbereich

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

■ Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

das bei Ihnen/Ihrem Kind eingepflanzte Metall soll operativ entfernt oder ggf. ausgetauscht werden. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen des geplanten Eingriffs sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

■ Weshalb wird das Metall entfernt/ ausgetauscht?

Das eingepflanzte Metall kann entfernt werden, sobald es seinen Zweck erfüllt hat und der Knochen fest genug verheilt ist. Bei Kindern kann zu lange liegendes Metall das Wachstum stören. Die vorzeitige Entfernung oder der Austausch des Metalls kann erforderlich sein, wenn es sich gelockert hat, Knochen oder Weichteile schädigt oder im Bereich des Metalls eine Infektion besteht.

■ Welches Metall soll entfernt/ausgetauscht werden?

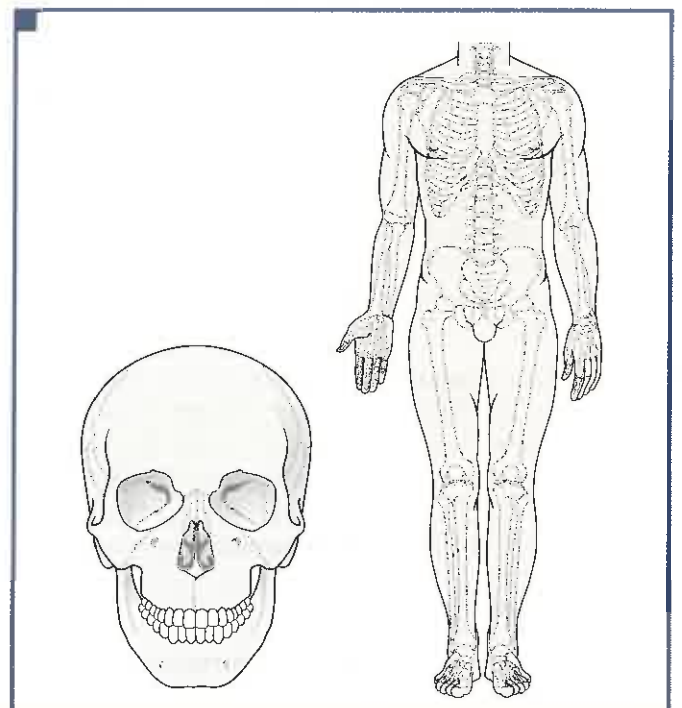
■ Wie wird operiert?

Die Operation erfolgt in Allgemein- oder Teilanästhesie. Einzelheiten und Risiken der Betäubung werden gesondert mit Ihnen besprochen. Es ist meist nicht erforderlich, das Metall ganz freizulegen. Oft genügen kleine Schnitte oder Einstiche. Häufig wird nach Entfernung des Metalls ein Kunststoffschlauch (Saugdrainage) eingelegt, um Blutergüsse und Störungen der Wundheilung zu verhindern.

■ Zusätzliche Maßnahmen?

- Korrektur der alten Operationsnarbe;
- Abtragen störender Knochen- oder Knorpelstufen;
- Einpflanzen eines anderen Metalls;

- Knochenübertragung;
- Äußeres Verspannen (Fixateur externe);
- Einpflanzen von Antibiotikaplomben, Kugelketten oder Spülsaugdrainage bei Knochenentzündung.
- Sonstiges: _____



■ Können Komplikationen auftreten?

In der Regel handelt es sich bei Entfernung/Austausch von Metallimplantaten um kleine Maßnahmen. Über individuelle Risiken, die in Ihrem Fall/bei Ihrem Kind bestehen könnten, klärt Sie der Arzt gesondert auf. Vereinzelt können auch bei Routineeingriffen und trotz größter Sorgfalt Störungen auftreten, die u.U. weitere Behandlungsmaßnahmen und Nachoperationen erfordern und in seltenen Fällen im Verlauf sogar **lebensbedrohlich** sind. Zu nennen sind:

- **allergische Reaktionen/Unverträglichkeitsreaktionen:** Nach Anwendung von Betäubungsmitteln oder anderen Medikamenten können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit und – selten – auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und zu **bleibenden Schäden**, wie z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung oder Nervenlähmung führen können;
- **Metall-Allergie:** Vereinzelt kann eine Unverträglichkeit für Metalle (z.B. Edelstahl: Nickel-Legierung!) bestehen und Hautreizungen, Schmerzen, Flüssigkeitsergüsse und Lockerung des Implantates zur Folge haben;
- **Spritzenabszess, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen** oder Absterben von Gewebe infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können in seltenen Fällen bleibende Beschwerden (Taubheitsgefühl, Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für **Druckschäden** trotz sachgemäßer Lagerung sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;
- **Thrombo-Embolie:** In seltenen Fällen können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen oder in andere Organe verschleppt werden (Embolie) und **schwerste** Kreislaufstörungen oder z.B. einen Schlaganfall verursachen. Die Einnahme von bestimmten Medikamenten (z.B. Hormonpräparate), Übergewicht und das Rauchen erhöhen das Risiko. Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen. Bei Injektion von Heparin kann zusätzlich eine schwerwiegende Störung der Blutgerinnung (HIT) auftreten, die zu vermehrter Gerinnselbildung und somit zu akuten Gefäßverschlüssen führen kann;
- **Fett-/Knochenmarkembolie:** Besonders bei ausgedehnten knochenchirurgischen Eingriffen kann Fett- und/oder Knochenmarksgewebe in den Blutkreislauf gelangen und schwerste Durchblutungs- und Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie, Herzinfarkt, Hirninfarkt) mit evtl. **bleibenden Organschäden** verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- **leichtere Nachblutungen und Blutergüsse**, die meist bedeutungslos sind und keiner besonderen Behandlung bedürfen;
- **Verletzungen benachbarter Blutgefäße, Nerven oder Gewebestrukturen**, wenn das Metall schwer zugäng-

lich ist oder Vernarbungen vorliegen. Nach Nervenverletzungen können eventuell bleibende Lähmungserscheinungen auftreten. Metallteile, deren Entfernung sehr aufwändig oder riskant wäre, können evtl. im Körper bleiben. Die Verletzung von Blutgefäßen kann in seltenen Fällen zu **stärkeren Blutungen** führen, die eine Gefäßrekonstruktion und/oder eine Blutübertragung erforderlich machen. **Äußerst selten** kann es durch die Übertragung von Fremdblut oder Bestandteilen daraus zu **Infektionen** z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), **extrem selten** mit HIV (AIDS), und/oder anderen Erregern kommen (z.B. von BSE, Variante der Creutzfeld-Jakob-Erkrankung) sowie derzeit unbekanntem Erregern. Gleiches gilt auch bei der Verwendung von Fremdknochen/Fremdknochenspänen. Es besteht die Möglichkeit einer späteren Kontrolluntersuchung. Fragen Sie Ihren Arzt nach Zeitpunkt und Notwendigkeit einer solchen Untersuchung;

- **Eröffnung des Rippenfellraumes** bei einer Metallentfernung aus der Brustwand. Falls Luft oder Flüssigkeit in den Rippenfellraum eindringt und die Lunge verdrängt, kann Atemnot auftreten und ggf. auch nachträglich das Legen einer Saugdrainage bzw. die Punktion eines Ergusses erforderlich machen;
- **Wundinfektionen:** Die Wahrscheinlichkeit ist abhängig von der Keimbelastung der Körperregion - hoch z.B. im Fußbereich. Trotz Behandlung können Entzündungen insbesondere bei liegendem Metall über einen längeren Zeitraum andauern. Selten kommt es in der Folge zu einer chronischen Knocheneiterung, Gelenkversteifung und in extremen Ausnahmefällen zum Verlust einer Gliedmaße;
- **selten Aufplatzen der Operationswunde** bei zu früher Belastung oder Störung der Wundheilung;
- **überschießende Narben** (Keloid), die sich bei entsprechender Veranlagung und/oder bei gestörter Wundheilung bilden können;
- **erneuter Bruch** kurz nach der Metallentfernung, wenn der Knochen noch nicht fest genug ist.

Spezielle Komplikationen im Falle eines Metallaustausches:

- besonders bei verzögerter Knochenheilung, schlechter Knochensubstanz, einem Verlust an Knochengewebe (z.B. bei Osteoporose) oder einer zu frühen Belastung kann das zur Stabilisierung eingebrachte Fremdmaterial (z.B. Schrauben, Platten, Nägel) überlastet werden und **brechen, auslockern** oder seine **Lage verändern** (z.B. Schraubenperforation, Kippen einer Metallplatte an der Brustwand) und **nahe gelegene Strukturen schädigen** (z.B. Weichteile, Gelenke, Gefäße, Nerven). In der Regel ist dann ein erneuter Eingriff notwendig;
- **Wanderung von Drähten;** die Drähte müssen dann entfernt werden, da es sonst zu Verletzungen kommen kann;
- **Bildung eines Falschgelenks** (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird. Dann müssen be-

sondere Maßnahmen ergriffen werden, über die Sie gesondert aufgeklärt werden;

- **Achs- und Drehfehlstellungen** sowie **Längenunterschiede**; derartige Störungen lassen sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden;
- **Muskelschrumpfung** und **-verkalkungen** sowie **Bewegungseinschränkungen** und **Versteifung** von Gelenken aufgrund der Liegezeit, die unter Umständen auch durch intensive Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;
- **Nervendruckschäden** durch Lagerung auf Schienen oder durch Verbände;
- in Ausnahmefällen eine **schmerzhafte Weichteilschwellung**, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu **Bewegungseinschränkungen** bis hin zur Versteifung führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);
- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge **Durchblutungsstörungen** und **Funktionseinschränkungen**, im Extremfall bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (Kompartment-Syndrom);
- kommt es während der Operation zu einem **Instrumenten- oder Materialbruch**, so kann der abgebrochene Fremdkörper (z.B. Bohrer- oder Drahtspitze) ggf. im Knochen belassen werden. Dies führt i.d.R. zu keinen Beschwerden und vermeidet die weitaus größeren Risiken einer operativen Entfernung.

■ Ambulanter Eingriff?

Falls eine ambulante Behandlung vorgesehen ist, fragen Sie Ihren Arzt nach genauen Verhaltensregeln für die Zeit nach der Operation. Lassen Sie sich/Ihr Kind bitte unbedingt von einer erwachsenen Begleitperson abholen und sorgen Sie für eine ständige Aufsicht in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff. Bitte beachten Sie auch die vorübergehende **Einschränkung der Straßenverkehrstauglichkeit**: Es darf während der ersten 12–24 Stunden kein Fahrzeug geführt, keine gefährliche Tätigkeit verrichtet, keine wichtige Entscheidung getroffen und kein Alkohol getrunken werden.

■ Worauf ist nach der Behandlung zu achten?

Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen**, **Bewegungs-** oder **Gefühlsstörungen** oder **Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenschädigungen handeln, die sofort behandelt werden müssen.

Bei ambulanter Behandlung sind in den ersten Tagen nach der Operation engmaschige **Kontrollen mit ausführlichen Anweisungen** des behandelnden Arztes notwendig. Wenn die Operation unter stationären Bedingungen durchgeführt wurde, werden Sie die ersten Tage von Ihrem Arzt und dem Pflegepersonal die entsprechenden Anweisungen erhalten.

Zur Vorbeugung einer Thrombose erhalten Sie u.U. von Ihrem Arzt ein Medikament zur Blutverdünnung. Dieses entfällt, sobald Sie den betroffenen Knochen bewegen und auch teilbelasten dürfen. Falls Sie Medikamente zur Blutverdün-

nung erhalten, kann es vermehrt zu Nachblutungen und einer erhöhten Blutungsneigung, z.B. bei weiteren ärztlichen Eingriffen (auch Zahnbehandlung) kommen. Bitte informieren Sie Ihre behandelnden Ärzte darüber.

Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen erforderlich.

■ Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder unklar erscheint. Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

■ Wichtige Fragen

Das chirurgische Risiko wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

n = nein j = ja

1. Bestehen **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) n j
2. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc) n j
3. Bestehen **Allergien/Unverträglichkeiten** (z.B. auf Pflaster, Latex, Medikamente, Antibiotika, Nahrungsmittel, Tierfell, Pflanzen, Metalle)? n j
4. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher/Defibrillator** oder ein anderes implantierbares elektromedizinisches Gerät? n j
5. Besteht eine erhöhte **Blutungsneigung** (z.B. Nasen-/Zahnfleischbluten, häufig blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen, bei Zahnbehandlungen, kleineren Wunden), oder gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu?
Waren Blutübertragungen nötig? n j
6. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? n j
7. Kam es zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (**Thrombose, Embolie**)? n j
8. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar®/Aspirin®/Plavix®, Hormone) benötigt?
Wenn ja, welche und wieviel? _____

■ **Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**

(z.B. individuelle Risiken, Behandlungsalternativen, gesundheitliche Nachteile im Falle einer Ablehnung der Operation, Betreuungsfall)

Blank lined area for medical notes.

■ **Einwilligungserklärung**

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffs wurde(n) ich/wir in einem Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. _____

ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffs, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen und über Neben- und Folgeeingriffe stellen.

Ich/Wir fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige(n)** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit medizinisch erforderlichen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffs bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden. Mein/Unser Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

■ **Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffs**

Die vorgeschlagene Operation wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. Schädigung des Knochens) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Ärztin/Arzt

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

* Grundsätzlich sollten beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Klinikeindruck/Stempel

Hüftgelenkendoprothese

Ersatz des Hüftgelenks

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> rechte Hüfte | <input type="checkbox"/> linke Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Totalendoprothese (TEP) | <input type="checkbox"/> mit Zement |
| <input type="checkbox"/> Hemiprothese | <input type="checkbox"/> ohne Zement |
| | <input type="checkbox"/> teilw. zementiert |

Die Operation ist für den _____ Datum _____ geplant.

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchung ergab eine schwere Erkrankung Ihres Hüftgelenks. Es soll deshalb durch ein künstliches Gelenk ersetzt werden. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffs kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Warum ist ein künstliches Hüftgelenk notwendig?

Die Beweglichkeit Ihres Hüftgelenks ist stark eingeschränkt, Bewegungen bereiten Ihnen große Schmerzen. Die Ursache dafür ist entweder in einer Abnutzung des Gelenks (Arthrose, s. Abb. 1), aufgrund des Alters bzw. einer Veranlagung oder in Verletzungen bzw. in Entzündungen zu suchen.

Ist eine Behandlung ohne Operation möglich?

Medikamente und andere Behandlungsmaßnahmen bieten weder die Aussicht auf Heilung noch auf Besserung. Auch eine gelenkerhaltende Operation ist nicht möglich. Die Ärztin/Der Arzt empfiehlt Ihnen deshalb, das kranke Gelenk durch ein künstliches Gelenk ersetzen zu lassen.

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff wird in Vollnarkose oder Regionalbetäubung durchgeführt. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Zunächst wird das Hüftgelenk operativ freigelegt und für den Gelenkersatz vorbereitet. Es gibt dann verschiedene Vorgehensweisen:

• Totalendoprothese:

Sowohl der Hüftkopf als auch die Hüftpfanne werden ersetzt.

• Hemiprothese:

Wenn nur der Hüftkopf zerstört ist, wird nur dieser unter Erhaltung der Hüftpfanne ersetzt.

Das Kunstgelenk kann mit „**Knochenzement**“, einem Kunststoff, der schnell hart wird, im Beckenknochen und im Oberschenkelknochen verankert werden (Abb. 2). Das Gelenk ist schon nach kurzer Zeit wieder belastbar. Bei einer Totalendoprothese kann auch nur der Hüftkopf einzementiert werden (teilweise zementiert).

Wird die Hüftgelenkendoprothese **ohne „Knochenzement“** eingesetzt, verwächst der Knochen innerhalb einiger Monate mit der Endoprothese (Abb. 3).

Nach einer gründlichen Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden, unter Berücksichtigung Ihres Alters und des besonderen Zustands Ihres Hüftgelenks, rät Ihnen die Ärztin/der Arzt zu der in Ihrem Fall am besten geeigneten Vorgehensweise. Im Aufklärungsgespräch wird sie/er Ihnen diese Empfehlung näher erläutern.

Falls ein computergesteuerter sog. "Operationsroboter" zum Einsatz kommen soll, wird Sie der behandelnde Arzt über Vor- und Nachteile dieses Verfahrens gesondert aufklären.

Hüftgelenkendoprothese

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Im allgemeinen sind die Patienten mit dem Erfolg der Operation zufrieden. Durch den Eingriff werden die Schmerzen beseitigt oder zumindest gelindert und die Beweglichkeit des Hüftgelenks wird verbessert. Im allgemeinen ist es möglich, wieder schmerzfrei zu gehen und dem Alter entsprechende körperliche Leistungen zu vollbringen.

Mögliche Zwischenfälle während der Operation?

Trotz größter Sorgfalt können bei der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die meist sofort erkannt und behandelt werden. Zu nennen sind insbesondere:

- **Allergische Reaktionen:** Nach Einspritzen von Betäubungsmitteln oder anderen Medikamenten können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit und - selten - auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum lebensbedrohlichen Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern;
- Verletzungen von benachbarten Geweben, insbesondere von Blutgefäßen; dadurch kann es zu stärkeren Blutungen kommen, die eine Blutübertragung erforderlich machen. **Äußerst selten** kann es

durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen zu einer Infektion, z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) oder **extrem selten** mit HIV (AIDS) und/oder anderen Erregern, kommen. **Fragen Sie den behandelnden Arzt, ob die Bereitstellung von Eigenblut oder eine Blutverdünnung (Hämodilution) möglich und sinnvoll ist!**

- **sehr selten Nervenverletzungen**, die trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung des Beines verursachen können;
- **Bruch eines Knochens** bei Kalkmangel des Knochens. Der Bruch muss operativ eingerichtet und evtl. mit Metallplatten und -schrauben stabilisiert werden. Kommt es zum Bruch des Hüftpfannenbodens, können **selten Verletzungen der großen Schlagadern und Venen im Becken** auftreten. Die verletzten Blutgefäße müssen dann unter Eröffnung des Bauchraumes genäht werden;
- **Spritzenabszesse**, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können bleibende Beschwerden (Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für Druckschäden die trotz ordnungsgemäßer Lagerung während der Operation auftreten können sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom.

Vereinfachte schematische Darstellung

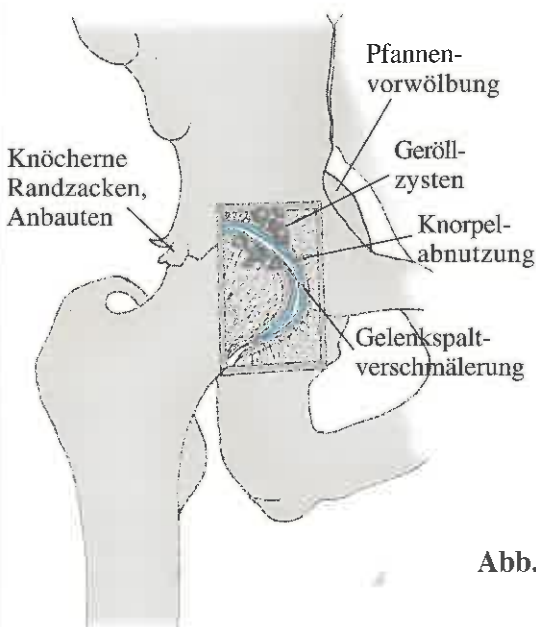


Abb. 1: Arthrosezeichen

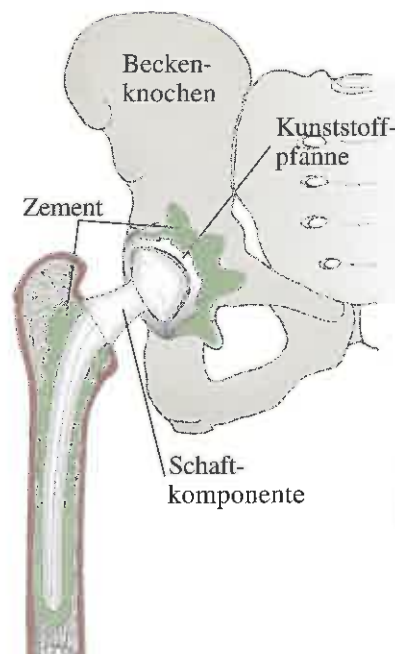


Abb. 2: Zementierte Hüft-TEP

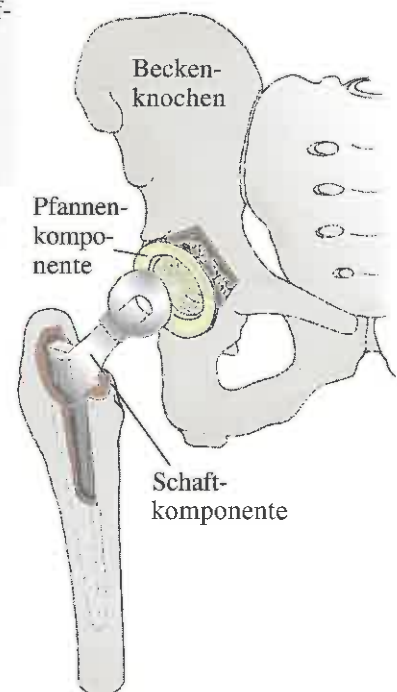


Abb. 3: Zementfreie Hüft-TEP

Hüftgelenkendoprothese

Mögliche Störungen und Spätfolgen nach der Operation?

Auch nach der Operation können Störungen auftreten, die ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern. Zu nennen sind:

- **gelegentlich** Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen;
- **selten** Infektionen im Operationsgebiet; ein zweiter Eingriff ist dann meist erforderlich. Unter Umständen muss die Hüftgelenkprothese entfernt werden. In manchen Fällen kann sofort oder nach der Ausheilung ein neues Kunstgelenk eingepflanzt werden. Ist dies nicht möglich, bleibt die Gehfähigkeit trotzdem erhalten, wenn auch unter deutlicher Verkürzung des Beines;
- **selten** entsteht nach einer Infektion im Operationsgebiet eine chronische Knocheneiterung (Osteitis); ebenso selten kommt es aufgrund der Entzündung zur Gelenkversteifung oder in **extremen Ausnahmefällen** zum Verlust des betroffenen Beines;
- **Thrombo-Embolie**: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen oder das Gehirn verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen bzw. einen Schlaganfall verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei Rauchern und der Einnahme von Medikamenten (z.B. Hormonpräparate). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- **Fett-/Knochenmarksembolie**: Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge oder das Gehirn verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- falls bei der Operation zusätzlich Metallplatten oder -schrauben verwendet werden, kann es zum Bruch der eingebrauchten Metallteile kommen;
- überschießende und störende Narben (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen und später korrigiert werden können;
- bei zu früher Belastung des Hüftgelenks können Nähte reißen und weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern;
- Längenunterschiede der Beine; dies lässt sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden;
- Ausrenken des Hüftgelenks, vor allem in den ersten Monaten nach der Operation. Unter Umständen ist dann eine erneute Operation erforderlich;
- Verkalkungen in benachbarten Muskeln, die z.T.

zu erheblichen Bewegungseinschränkungen führen können und u.U. langdauernde krankengymnastische oder ggf. auch operative Nachbehandlungen erfordern;

- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge Durchblutungsstörungen und Funktionseinschränkungen, **im Extremfall** bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (Kompartment-Syndrom);
- **in Ausnahmefällen** eine schmerzhafte Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);
- im Laufe der Zeit gelegentlich Lockerung oder **extrem selten** Bruch der Prothese; das Kunstgelenk muss dann gegen ein neues Gelenk ausgetauscht werden.

Worauf ist nach der Operation zu achten?

- Informieren Sie bitte unverzüglich die Ärztin/den Arzt, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen oder Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.
- Meist ist nach der Operation, zumindest bis zum Abschluss der Wundheilung, die etwa 14 Tage dauert, die Benutzung von **Gehstützen** erforderlich. Belasten Sie das betroffene Bein bitte nur so stark, wie Ihre Ärztin/Ihr Arzt es Ihnen erlaubt hat.
- Sollten die Beine nach der Operation unterschiedlich lang sein, kann durch verschieden hohe Absätze Ausgleich geschaffen werden.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Hüftgelenkendoprothese

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

- 1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
- 2. Leiden Sie an einer **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, HIV)? nein ja
- 3. Wurden **Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen** z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel oder Metalle beobachtet? nein ja
- 4. Liegt eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken) vor? nein ja
Waren **Blutübertragungen** nötig? nein ja
- 5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
- 6. Kam es zur **Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
- 7. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel, Hormone) ein? nein ja
Wenn ja, welche? _____
- 8. Rauchen Sie **Zigaretten**? nein ja
- 9. Trinken Sie **Alkohol**? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. Art der Prothese, spezielle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Fragen des Patienten, Beschränkung der Einwilligung z.B. hinsichtlich der Transfusion, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe des Patienten für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung der Operation

Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. fortschreitende Bewegungseinschränkung) wurde informiert.

Ort/Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine gegebenenfalls medizinisch notwendige Blutübertragung.

Verhaltenshinweise und **Empfehlungen zur Nachsorge** habe ich erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten



Osteosynthesen bei Frakturen des Armes

Operationen bei

- Verletzungen der Unterarmknochen
- Verletzungen des Oberarmknochens
- rechter Arm linker Arm

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

■ Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

die Untersuchung ergab eine Verletzung des Oberarmknochens oder des/der Unterarmknochen(s), die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes sowie die Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

■ Welche Armbrüche gibt es?

Je nachdem, an welcher Stelle der Knochen bricht, unterscheidet man verschiedene Bruchformen. Der bei Ihnen/Ihrem Kind vorliegende Bruch ist angekreuzt:

- Bruch im Bereich des großen oder kleinen Oberarm-Höckers (Tuberculum majus oder minus).
- Bruch des Oberarmknochens im Bereich des Ellbogengelenks (Suprakondyläre Humerusfraktur).
- Bruch im Bereich des Knochenschaftes/der Knochenschaft des Unterarms.
- Bruch des Unterarms im Gelenkbereich, ellbogengelenknah oder handgelenknah.
- Bruch eines Unterarmknochens mit Verrenkung des anderen im Ellbogen- oder Handgelenk.

Bleibende oder sich ergebende Fehlstellungen können zu vorzeitiger Abnutzung der Knorpelflächen führen. Die Folgen davon können Bewegungseinschränkungen bis hin zur Einsteifung von Hand-, Ellbogen- aber auch Schultergelenk und andauernde Schmerzen sein. Durch die Behandlung wird dieses Risiko jedoch mit großer Sicherheit gemindert.

■ Behandlungsmöglichkeiten?

Das Ziel jeder Knochenbruchbehandlung ist es, die Bruchstücke möglichst genau in ihrer ursprünglichen Stellung einzurichten und zu stabilisieren, so dass nahegelegene Gelenke bald wieder bewegt werden können. Dies kann durch eine **konservative Behandlung** (ohne Operation) oder mit einer **Operation** erreicht werden.

Bei der konservativen Vorgehensweise wird der Bruch eingerichtet und durch Verbände (z.B. Gips, Schiene) in der richtigen Stellung gehalten (fixiert). Bei der operativen Be-

handlung werden die Bruchstücke mit Metallteilen fixiert. Beide Behandlungsmethoden haben jeweils Vor- und Nachteile sowie spezifische Risiken. Aufgrund der besonderen Bedingungen in Ihrem Fall/bei Ihrem Kind empfiehlt der Arzt die **operative Behandlung**.

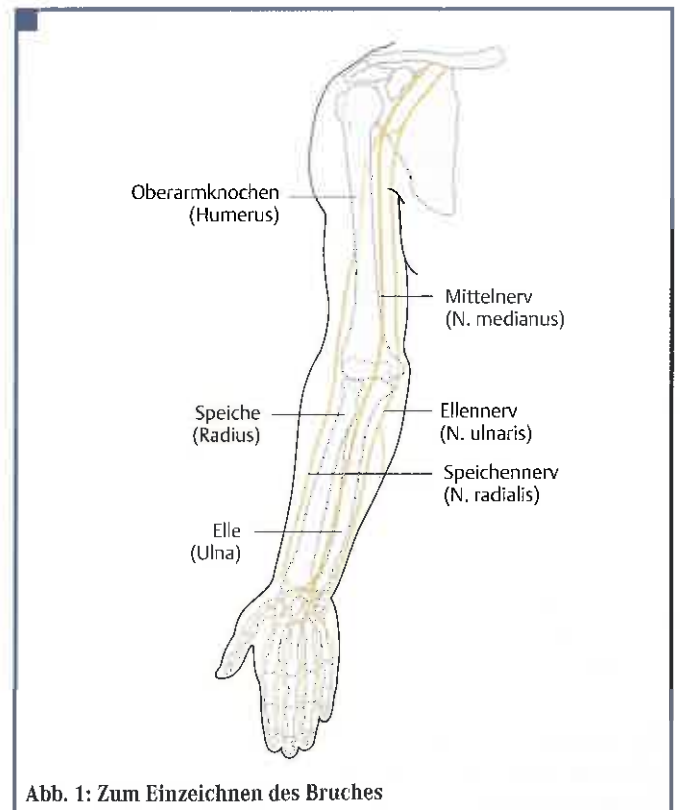
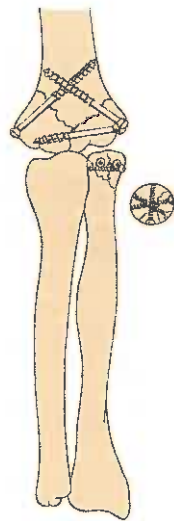
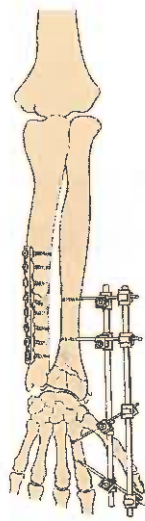


Abb. 1: Zum Einzeichnen des Bruches



Verschraubung



Fixateur externe



Verplattung



Verplattung und Verschraubung

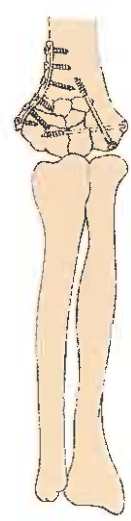


Abb. 2

■ Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff erfolgt in Vollnarkose oder Regionalbetäubung. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Es gibt verschiedene Methoden, die jeweils einzeln oder miteinander kombiniert eingesetzt werden können. Das Verfahren, das bei Ihnen/Ihrem Kind angewandt werden soll, ist angekreuzt. Ob der Eingriff u.U. in Blutleere erfolgen soll, wird Ihr behandelnder Arzt mit Ihnen besprechen.

Nagelung:

Ein oder mehrere Metallstäbe werden in den Markkanal eingebracht (Marknägel). So wird der Knochen von innen in der richtigen Stellung gehalten.

Verschraubung/Verplattung/Verdrahtung:

Metallschrauben und/oder aufgeschraubte Metallplatten fixieren die Knochenbruchstücke, alternativ können Drähte verwendet werden.

Fixierung mit einem Gestell (Fixateur externe):

Beiderseits der Bruchstelle wird der Knochen von Metallstäben fixiert, die außerhalb des Körpers mit einem Gestell verbunden sind.

Einbringung von Drähten in den Markraum:

Entfernt von der Bruchstelle werden Drähte in den Knochen eingebracht, die den Bruch von innen schienen.

Sonstige Verfahren:

In Einzelfällen ist es erforderlich, Knochenspäne zur Stabilisierung des Bruches einzubringen. Diese Knochenspäne werden entweder bei Ihnen selbst (patienteneigener Beckenkamm) oder aus der Knochenbank entnommen. Ihr Arzt wird mit Ihnen gesondert darüber sprechen, warum er in Ihrem Fall/bei Ihrem Kind diese Vorgehensweise wählt und welche Risiken und Folgen damit verbunden sind.

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. Fragen Sie bitte den Arzt, ob er selbst mit einer **Änderung oder Erweiterung des geplanten Eingriffs** rechnet. Er wird Sie ggf. über Vor- und Nachteile, Risiken und Folgen dieser Maßnahmen gesondert aufklären.

Sehr selten ist der Oberarmknochen im Bereich des Ellbogengelenkes so stark verletzt, dass eine Wiederherstel-

lung nicht möglich ist. Das Ellbogengelenk muss dann versteift werden. Sollte dies absehbar sein, werden Sie darüber gesondert aufgeklärt. Nach der Operation kann eine mehrwöchige **Ruhigstellung** des Armes mit einem Gipsverband erforderlich sein.

■ Wie sind die Erfolgsaussichten?

Im Allgemeinen können Ober- und Unterarmknochen gut wiederhergestellt werden, ohne dass die Funktion benachbarter Gelenke beeinträchtigt ist. Vor allem Brüche im Bereich des Ellbogengelenkes können aber auch zu einer dauerhaften Einschränkung der Beweglichkeit dieses Gelenks führen.

■ Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt können bei und nach der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die u.U. weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern und die in Ausnahmefällen auch im Verlauf **lebensbedrohlich** sein können. Zu nennen sind:

- **Verletzungen benachbarter Gewebe** (z.B. Muskeln, Sehnen); das Risiko ist erhöht nach Voroperationen; die Verletzung von Blutgefäßen kann zu stärkeren Blutungen führen, die eine Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen erforderlich machen. **Sehr selten** kann es dadurch zu **Infektionen**, z.B. mit Hepatitis-Viren (Folge: Leberentzündung), **extrem selten** mit HIV (Spätfolge: AIDS) und/oder anderen Erregern (z.B. von BSE, Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung) kommen. Sie können deshalb einige Wochen nach einer Fremdblutübertragung eine Kontrolluntersuchung durchführen lassen;
- **Nervenverletzungen**, die trotz operativer Eingriffe (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung des Armes oder der Hand verursachen können;
- **Sprengung des Knochenrohrs und Verletzung des Ellbogengelenkes** beim Einbringen von Nägeln. Der Knochen muss dann mit einer Metallplatte fixiert werden. Verletzungen des Ellbogengelenkes können zu Versteifungen führen;

- **Spritzenabszesse**, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen können bleibende Beschwerden (z.B. Schmerzen, Missempfindungen, Taubheitsgefühl bis hin zu Lähmungen, Narben) zur Folge haben; das gilt auch für **Druckschäden** die trotz ordnungsgemäßer Lagerung während der Operation auftreten können sowie für **Hautschäden** durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;
 - **allergische Reaktionen** nach Einspritzen von Betäubungsmitteln oder anderen Medikamenten, die sich z.B. als Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit äußern. **Sehr selten** können auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herz-Kreislaufstörungen bis hin zum Kreislaufchock auftreten die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und **äußerst selten** bleibende Schäden (z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung) hinterlassen können;
 - leichte **Nachblutungen** und **Blutergüsse**, die behandelt werden müssen;
 - Infektionen im Operationsgebiet, die trotz Behandlung zu **langwierigen Entzündungen** führen können. **Selten** kann es dadurch zu einer **chronischen Knocheneiterung** (Osteitis) mit der Bildung eines krankhaften Verbindungsganges vom Entzündungsherd zur Körperoberfläche (Fistel) kommen; ebenso **selten** führen Entzündungen zu **Gelenkversteifungen**;
 - Bildung eines **Falschgelenks** (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird. Dann müssen besondere Maßnahmen ergriffen werden, über die Sie ggf. gesondert aufgeklärt werden;
 - **Thrombo-Embolie**: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen oder das Gehirn verschleppt werden und **Kreislaufstörungen** (Embolie) bzw. einen **Schlaganfall** verursachen. Das Risiko ist erhöht bei Rauchern und der Einnahme von Medikamenten (z.B. Hormonpräparate). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen. Bei Injektion von Heparin kann zusätzlich eine schwerwiegende Störung der Blutgerinnung (HIT) auftreten, die zu vermehrter Gerinnselbildung und somit zu akuten Gefäßverschlüssen führen kann;
 - **Fett-/Knochenmarksembolie**: Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge verschleppt werden und Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
 - **Bruch oder Lageveränderung der eingesetzten Metallteile**; dadurch kann es zu Verletzungen und einer Verschiebung der Bruchteile kommen;
 - **Achs- und Drehfehlstellungen sowie Längenunterschiede**: derartige Störungen lassen sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden;
 - **überschießende und störende Narben** (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen können;
 - **Muskelschrumpfung** und **-verkalkungen** sowie **Bewegungseinschränkungen** und **Versteifung** von **Gelenken** aufgrund der Ruhigstellung, die unter Umständen trotz intensiver Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;
 - **Nervendruckschäden** durch Lagerung auf Schienen oder durch Verbände (Folge: z.B. Taubheitsgefühl, schmerzhafte Missempfindungen);
 - **extrem selten** kann es durch eine eventuell angelegte Blutsperre zu vorübergehenden, in Ausnahmefällen auch bleibenden **Durchblutungsstörungen**, **Muskel- oder Nervenschäden** bis hin zu einer **Teillähmung** in der betroffenen Gliedmaße kommen. Diese Störungen lassen sich aber im Allgemeinen gut behandeln;
 - **erneuter Knochenbruch**; wenn der Knochen nicht vollständig verheilt ist, kann er unter Belastung erneut brechen;
 - in Ausnahmefällen eine **schmerzhafte Weichteilschwellung**, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu **Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung** führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);
 - Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge **Durchblutungsstörungen** und **Funktionseinschränkungen**, im Extremfall bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (Kompartment-Syndrom);
 - bei Kindern können auch **Wachstumsstörungen** auftreten, falls der Bruch in der Wachstumsfuge liegt. Die Folge können Achsabweichungen oder Verkürzungen des Knochens sein. Ist die Wachstumsfuge nicht beteiligt, kann es durch den Bruch evtl. vorübergehend zu einem gesteigerten Knochenwachstum kommen. Unter Umständen sind später korrigierende Maßnahmen erforderlich.
- **Worauf ist zu achten?**
- Beachten Sie bitte, wenn der Eingriff **ambulant** durchgeführt wird, dass das Reaktionsvermögen nach der Narkose oder der Gabe eines Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittels vorübergehend beeinträchtigt ist. Lassen Sie sich/Ihr Kind deshalb bitte abholen. Sorgen Sie für eine ständige Aufsicht in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff. Ferner sollten Sie/sollte Ihr Kind in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen**, kein Fahrzeug steuern, keine gefährlichen Arbeiten durchführen, keine wichtigen Entscheidungen treffen und keinen Alkohol trinken.
 - Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen**, **Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** oder **Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.
 - Durch die Ruhigstellung kann es zu Versteifungen kommen. Sie sollten die Gelenke ohne Verband deshalb oft bewegen und die Muskeln unter dem Verband oft anspannen (**isometrische Übungen**).
 - Bei einer Fixierung des Bruches mit Platten oder Schrauben ist der Knochen **frühestens nach 8-10 Wochen wieder voll belastbar**.
 - Eingesetzte **Platten**, **Schrauben** oder **Nägel** können in der Regel nach 12-18 Monaten entfernt werden. In Einzelfällen kann das Metall im Körper verbleiben.

■ Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

■ Besprechen Sie bitte vor der Entlassung:

- Wann sollen Fäden/Klammern/Metallteile entfernt werden?
- Wann ist Duschen oder Baden möglich?
- Sind Medikamente einzunehmen?
- Wie lange ist Ruhigstellung erforderlich?
- Krankengymnastische Nachbehandlungen?
- Ab wann kann wieder gearbeitet werden?
- Ab wann kann das Kind wieder den Kindergarten bzw. die Schule besuchen?
- Wie lange muss das Kind vom Schulsport befreit werden?
- Sind Nachuntersuchungen erforderlich?

■ Wichtige Fragen

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Damit Ihr Arzt Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen kann, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

n = nein j = ja

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? n j
2. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS)? n j
3. Wurden **Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen** z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle, Tierfell beobachtet? n j
4. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. Nasen- oder Zahnfleischbluten, häufig blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen, bei Zahnbehandlungen, kleineren Wunden), oder gibt es bei Ihrer Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu? n j
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? n j
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? n j
7. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar®, Aspirin®, Plavix® oder Hormone) genommen?
Wenn ja, welche? _____

■ Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung der Operation

Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. verzögerte Heilung, Fehlstellung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Ärztin/Arzt

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

■ Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde(n) ich/wir in einem Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. _____

ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich/Wir habe(n) **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige(n)** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit erforderlichen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden. Mein/Unser Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

* Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Klinikeindruck/Stempel

Operation bei
peripherem Nerven-
kompressions-Syndrom
(Nerveneinengungen an Arm/Hand)

rechts links

Die Operation wurde für den _____ geplant.
Datum

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

die bisherige Untersuchung ergab, dass Ihre Beschwerden durch die Einengung eines Nervs im Arm- oder Handbereich verursacht werden, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur Arzt) mit Ihnen über die Notwendigkeit und Durchführung der geplanten Maßnahme, sowie über die Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen des Eingriffes, sowie Alternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Nervenkompressions-Syndrom?

Der Arm und die Hand werden von 3 Hauptnervenstämmen (s. Abb.) versorgt, die von der Halswirbelsäule zur Hand ziehen.

Zu Nerverneinengungen kann es an mehreren dafür typischen Stellen kommen. Ein Nerv wird besonders leicht in Bereichen geschädigt, wo er keine Möglichkeit hat dem Druck auszuweichen, weil er durch Knochenrinnen oder zwischen bestimmten Muskeln verläuft.

Ursachen einer Nerveneinengung können chronische Reizzustände und Entzündungen des Gewebes (z.B. Sehnenscheidenentzündung, Rheuma), Veränderungen im Hormonhaushalt (Schwangerschaft, Wechseljahre) oder Verletzungen von Knochen oder Weichteilen bzw. die hierdurch entstehenden Narben sein.

Drohen Gefahren ohne Behandlung?

Ohne Behandlung kommt es zu zunehmenden Taubheitsgefühlen, Muskelschwäche, Einschränkung des Tastsinns, häufig auch zu Schmerzen während der Nacht. Längerfristig ist mit Muskelschwund zu rechnen. Wird die Operation zu lange aufgeschoben, kann es zu einer dauerhaften Schädigung des Nervs kommen, die nicht mehr rückgängig gemacht werden kann.

Wie wird operiert?

Die Behandlung mit Medikamenten, Bädern, Bewegungsübungen u.ä. führt evtl. zur Linderung der Beschwerden, verspricht jedoch keinen dauerhaften Erfolg. Um bei Ihnen eine Heilung zu erreichen, raten wir Ihnen deshalb zu einer Operation.

Die Operation erfolgt in Regionalbetäubung (Armplexusanästhesie) oder in Vollnarkose. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Um Blutungen zu verhindern und dadurch eine bessere Übersicht zu schaffen, wird der Eingriff in Blutleere des Armes vorgenommen. Das Blut wird durch Umwickeln des Armes mit einer Gummibinde herausgepresst. Eine am Oberarm angelegte Druckmanschette verhindert den Rückfluss des Blutes.

Der Nerv wird vorsichtig freigelegt und die Ursache der Nerveneinengung beseitigt (das kann die Durchtrennung eines Bandes sein, die Entfernung von entzündlichem Gewebe, Narben oder ähnlichem). Falls die Engstelle am Ellenbogen liegt ist häufig die Verlagerung des Ellenbogens erforderlich.

Muss am Handgelenk lediglich ein Band durchtrennt werden, so ist dies auch mittels eines optischen Instrumentes (**endoskopisch**) möglich. Die-

Operation bei peripherem Nervenkompressions-Syndrom

se Operationsmethode ist zwar für den Patienten weniger belastend, jedoch ist die Entfernung entzündlichen Gewebes hierbei nicht möglich. Außerdem ist das Risiko von Verletzungen anderer Strukturen (Sehnen, Nerven) bei diesem Verfahren etwas erhöht, insbesondere bei nicht speziell darin geübten Operateuren.

Nach der Operation wird der Arm in der Regel mit einer Gipsschiene oder einem festen Verband ruhiggestellt.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt kann es während und nach der Operation vereinzelt zu Störungen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen oder Nachoperationen erforderlich machen können.

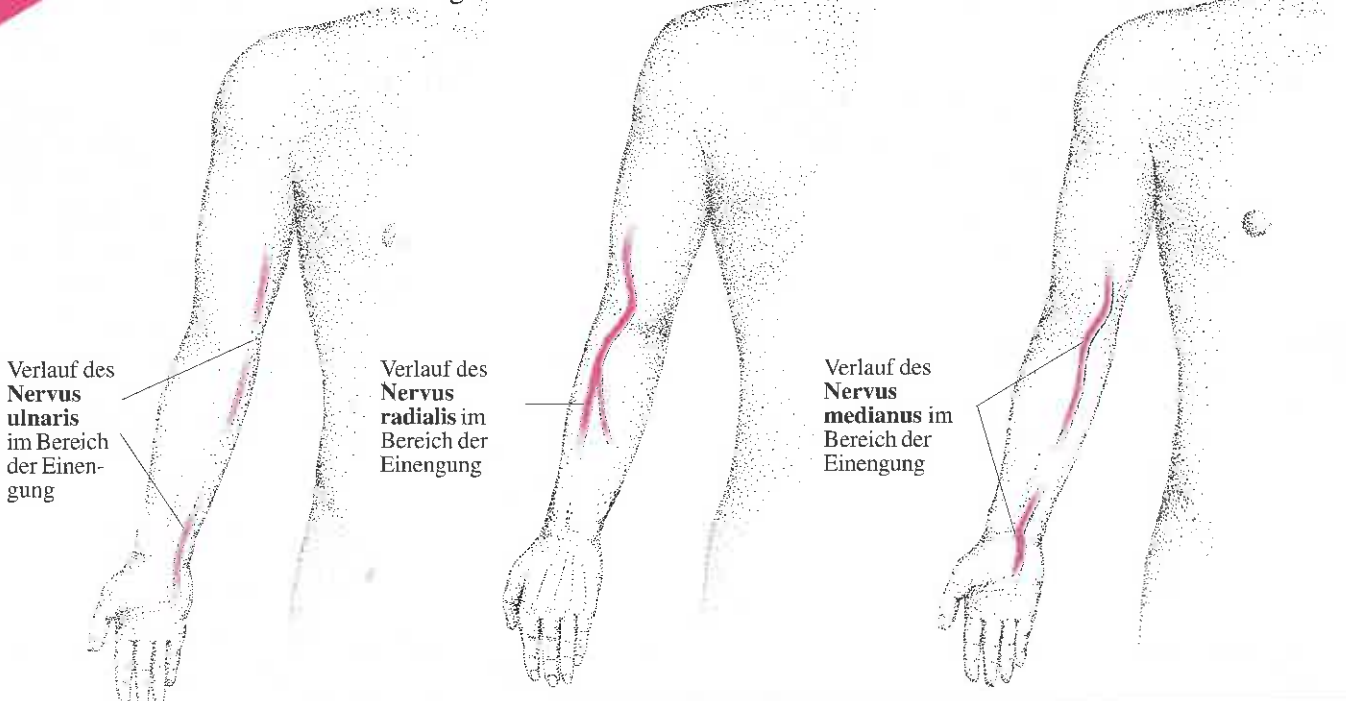
Während der Operation:

- Verletzungen: In der Hand liegen Sehnen, Nerven, Blutgefäße und Muskeln sehr dicht beieinander, so dass die Gefahr von Verletzungen besteht. Je nach Ort der Schädigung und ihrem Schweregrad können vorübergehende oder dauerhafte Störungen der Berührungsempfindlichkeit und/oder der Bewegungsmöglichkeiten der Hand verursacht werden;
- **sehr selten** kann es aufgrund der notwendigen Blutleere zu Nerven- und Hautschäden kommen, die in den meisten Fällen erfolgreich behandelt werden können und nur in **extrem seltenen** Fällen bleibende Schäden hinterlassen.

Nach der Operation:

- Nachblutungen kommen aufgrund des Gefäßreichtums im Operationsgebiet vor und können eine Nachoperation veranlassen;
- Anschwellen der Hand nach dem Eingriff. Auch bei konsequenter Hochlagerung kann dadurch der Verband zu eng werden. Sind die Finger blau und/oder gefühllos muss dringlich Abhilfe geschaffen werden, da sonst evtl. bleibende Gewebeschäden entstehen können;
- bei schweren Wundheilungsstörungen und tiefer gelegenen Infektionen (Abszess, Gelenkinfektionen) können in **extrem seltenen Fällen** bleibende Bewegungseinschränkungen entstehen;
- Störungen der Narbenbildung: Wenn die Narben unter Spannung stehen, können sie sich verbreitern. Gelegentlich entstehen bei entsprechender Veranlagung dicke, wulstige, verfärbte und schmerzhafte Narben (Narbenwucherung, Keloid). Eine rechtzeitige Behandlung der Narbenveränderungen (sobald sie bemerkt werden) hilft meist eine Korrekturoperation zu vermeiden. Kommt es infolge der Operation zu Narbenzug, der die Bewegung behindert, ist eine Nachoperation erforderlich;
- Schädigung des eingeeengten Nerven: dies ist in besonders ungünstigen Situationen möglich. Dadurch kann es zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Einschränkung der Berührungsempfindlichkeit bzw. zu Lähmungen kommen. Fortbestehende Funktionseinschränkungen des eingeeengten Nervs sind jedoch häufig auf die Schädigung des Nervs infolge der lange bestehenden Einengung zurückzuführen;

Vereinfachte schematische Darstellung



- gelegentlich tritt verminderte/vermehrte Berührungsempfindlichkeit im Bereich des Schnittes als Folge der durchtrennten Nervenverzweigungen in der Haut auf. Diese vergeht in der Regel von selbst wieder und bedarf meist keiner Behandlung;
- **in Ausnahmefällen** ist eine schmerzhafte Weichteilschwellung gekoppelt mit funktionellen Durchblutungsstörungen (örtliches Hitze-Kälte-Gefühl) möglich, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe sowie zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung von Gelenken führen kann. Diese **Reflexdystrophie** oder **Sudeck'sche Erkrankung** bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung.

Über Ihre speziellen Risiken und die damit verbundenen möglichen Komplikationen informiert Sie Ihr Arzt im Aufklärungsgespräch näher.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Mit der Operation können in der Regel gute Ergebnisse erzielt werden, so dass bereits kurze Zeit nach dem Eingriff keine Beschwerden mehr vorhanden sind. Die Erholung des Nervs ist abhängig davon, wie lange die Einengung bestand und wie schwerwiegend sie war. Die Erholungsphase des Nerven kann jedoch auch längere Zeit dauern (evtl. auch länger als 6 Monate) und ist gelegentlich mit Missempfindungen bis hin zu Schmerzen verbunden.

Kann der Eingriff ambulant erfolgen?

Nach **Ausschluss aller Risikofaktoren** kann der Eingriff auch **ambulant** erfolgen. In diesem Fall lassen Sie sich bitte abholen und sorgen Sie für eine ständige Aufsicht in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff. Nach einer örtlichen Betäubung bzw. wenn Schmerz- oder Beruhigungsmittel verabreicht wurden, dürfen Sie **am Operationstag nicht aktiv am Straßenverkehr** teilnehmen, kein Fahrzeug/Zweirad steuern, nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint. Hier haben Sie die Möglichkeit Ihre Fragen (z.B. Schnittverlauf, Klinikaufenthaltsdauer) zu notieren, damit Sie diese beim Gespräch nicht vergessen.

Ist eine Nachbehandlung notwendig?

Bitte halten Sie sich unbedingt an die Anweisungen Ihres Arztes, z.B. hinsichtlich der (Wieder-)Einnahme von Medikamenten (v.a. blutgerinnungshemmenden Mitteln), Kontrolluntersuchungen und weiteren Verhaltensregeln:

Nach der Operation ist die Hand konsequent hochzuhalten/zulagern um der Schwellungsneigung entgegen zu wirken.

Beginnen sie bereits kurz nach der Operation damit, die Finger zu bewegen.

Lassen Sie die Hand nicht nach unten hängen!

Art und Dauer dieser Nachbehandlung richten sich nach den Gegebenheiten des einzelnen Falles. Manchmal sind krankengymnastische Bewegungsübungen eventuell auch Ergotherapie erforderlich.

Treten **stärkere Schmerzen** oder **andere Befindlichkeitsstörungen** (Schwindel, Übelkeit oder hohes Fieber) auf, informieren Sie bitte unverzüglich Ihren behandelnden Arzt oder die Notaufnahme der Klinik.

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird von der körperlichen Verfassung und von Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Besteht eine **Allergie** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** (z.B. gegen örtliche Betäubungsmittel, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente)? nein ja
2. Leiden Sie an einer akuten/chronischen **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc) oder an einem anderen **schwerwiegenden chronischen Leiden** (z.B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? nein ja
3. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
Besteht eine **Bluterkrankung** oder eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)? nein ja
4. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes, Über-/Unterfunktion der Schilddrüse) oder **wichtiger Organe** (z.B. Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Nervensystem) bekannt? nein ja
5. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Verhütungs-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar, Aspirin, Hormone) ein? nein ja
Wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

- 6. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
- 7. Haben Sie **Krampfadern**? nein ja
- 8. Kam es früher schon zur Bildung/ Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
- 9. **Rauchen Sie Zigaretten**? nein ja
Wenn ja, wie viele pro Tag? _____
- 10. **Frauen im gebärfähigen Alter:**
Liegt der Operationstermin im Zeitraum der nächsten **Regelblutung**? nein ja
Könnten Sie **schwanger** sein? nein ja

Ort/Datum/Uhrzeit/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin /des Arztes

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Neben- u. Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/ Verschiebung der Behandlung, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Nur im Falle einer Ablehnung der Operation:

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. Fortbestehen/Verschlechterung der Beschwerden) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung:

Über die geplante Operation hat mich

Frau/Herr Dr. _____

in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezifische Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen (z.B. Einspritzungen, Bluttransfusion) und ihre Risiken sowie über Alternativen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit medizinisch erforderlichen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Merkblatt* zum Aufklärungsgespräch mit dem Arzt/der Ärztin über eine

Gliedmaßen- Amputation

Vorgesehen ist die Amputation

.....

Patientenadresse

Bitte informieren Sie sich!

Liebe Patientin, lieber Patient,

zu einer Amputation rät der Arzt nur dann, wenn eine konservative Behandlung oder andere operative Methoden keinen Erfolg versprechen. Die Amputation kann z. B. erforderlich werden

- bei Geschwülsten oder nicht beherrschbaren Infektionen, deren Ausbreitung das Leben des Patienten bedroht,
- bei schweren Verletzungen, Verbrennungen oder Erfrierungen, bei denen eine Wiederherstellung trotz aller Fortschritte der operativen Medizin nicht mehr möglich ist,
- bei nicht behebbaren, schweren Durchblutungsstörungen aufgrund dauerhafter Schädigungen der Blutgefäße, z. B. bei Zuckerkrankheit oder beim Raucherbein.

Eine Amputation kann auch notwendig werden, wenn durch eine Nervenlähmung ein Arm oder Bein völlig gebrauchsunfähig ist und

die gelähmte Gliedmaße den Patienten behindert. Wie groß der Teil der Gliedmaße sein wird, der bei der Amputation geopfert werden muß, richtet sich nach der Art, Schwere und Ausbreitung der Krankheit/Verletzung.

Der Arzt wird mit Ihnen näher besprechen, aus welchem Grund die Amputation erforderlich wird und an welcher Stelle sie durchgeführt werden soll. Er wird die Amputationsstelle in der Abbildung einzeichnen.

Gelegentlich kann es sich während der Operation als notwendig erweisen, den Eingriff zu erweitern, so z. B., wenn sich die Infektion oder die Geschwulst über die vorgesehene Amputationsstelle hinaus ausgebreitet hat.

Durchführung des Eingriffs

In Allgemeinnarkose oder Regionalanästhesie wird die betroffene Gliedmaße zwischen zwei Gelenken abgetrennt. So bleibt z. B. bei einer Oberschenkelamputation das Hüftgelenk und bei einer Unterarmamputation das Ellenbogengelenk erhalten.

Besondere Umstände, die wir erst während eines Eingriffes feststellen, können zu einer

Von der Allgemeinen Deutschen
Patienten-Organisation (A. D. P. O.)
überprüft und empfohlen.



* im System der Stufenaufklärung nach WEISSAUER. – September 1992 – Autoren: H. Hempfling, W. Weißbauer. Illustration: A. Hufnagel-Gäbelein. Copyright 1987 perimed Compliance Verlag Dr. Straube GmbH, D-8520 Erlangen. Nachdruck, auch auszugsweise, verboten. Fotokopieren verboten!
Best.-Nr. 617-180 Best.-Adresse: perimed Compliance Verlag, Weinstraße 70, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 60 92 02

Änderung oder Erweiterung zwingen. Bitte geben Sie Ihre Einwilligung auch dazu. Für den Patienten bedeutet es eine zusätzliche Belastung, wenn der Eingriff abgebrochen und später fortgesetzt werden muß. Es wäre dazu auch ein erneutes Betäubungsverfahren erforderlich.

Der Verlust des abgetrennten Körperteils ist endgültig. Die Folgen, die sich je nach Art der Amputation ergeben, wird der Arzt mit Ihnen besprechen.

Mögliche Komplikationen

Kein ärztlicher Eingriff ist ohne Risiko. Die allgemeinen Gefahren operativer Eingriffe, wie Thrombosen (Bildung von Blutgerinnseln) und Embolien (Schlagaderverschlüsse durch verschleppte Gerinnsel), sind dank der Fortschritte der Medizin aber seltener geworden. Wir können auch mehr als früher dagegen tun.

Nach der Operation kann es zu Nachblutungen kommen, da wichtige Blutgefäße bei der Operation durchtrennt werden müssen.

Trotz aller Sorgfalt können auch Wundheilungsstörungen auftreten, die weitere Eingriffe, unter Umständen auch eine Nachamputation, d. h. eine Entfernung weiterer Gliedmaße, notwendig machen können.

Nachbehandlung und Spätfolgen

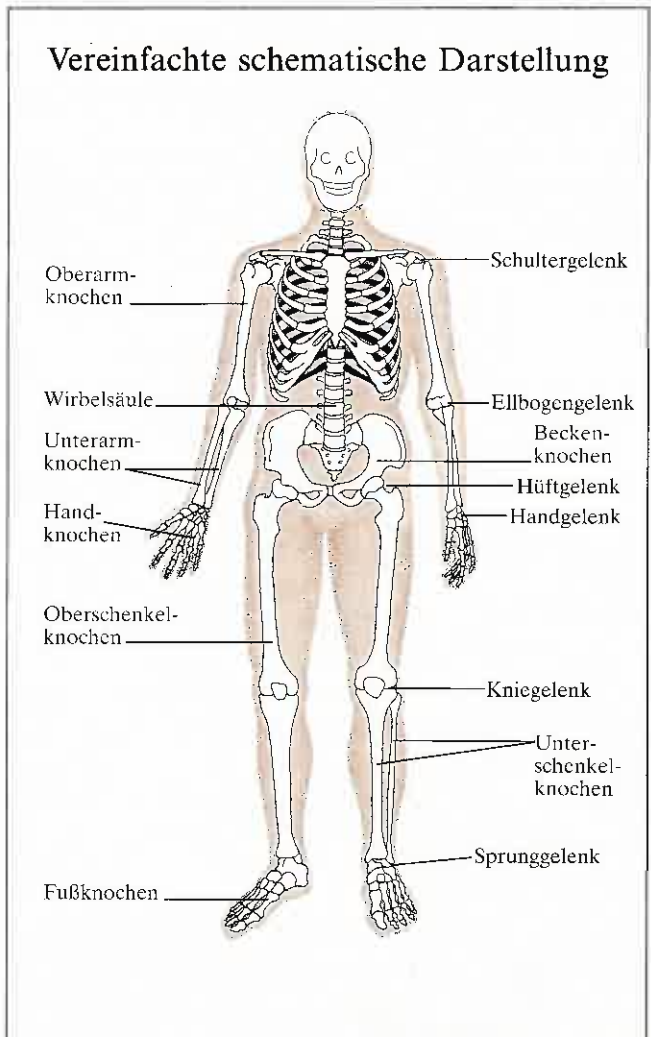
Nach der Operation wird eine spezielle Nachbehandlung durchgeführt. Bewegungsübungen unter krankengymnastischer Anleitung sorgen dafür, daß die noch funktionstüchtigen Gelenke nicht versteifen.

Nahezu jeder Amputierte kennt das „Phantomgefühl“. Der Patient meint dabei, den abgetrennten Gliedmaßeenteil noch zu spüren. Dieses Gefühl muß von eventuellen Schmerzzuständen („Phantomschmerz“) unterschieden werden, die eine spezielle Behandlung erforderlich machen können.

An den Nervenenden können sich Nervenwucherungen (Neurome) bilden, die schmerzhaft sind. Weiter können narbige Schrumpfungen an den Weichteilen entstehen, die, ebenso wie Neurome, operativ behandelt werden können.

Die Versorgung mit einer Prothese

Nach der Amputation wird versucht, die Funktion der entfernten Gliedmaße möglichst weitgehend durch eine Prothese zu ersetzen. Den Zeitpunkt für die Anpassung der Prothese und die Prothesenart wird der Arzt mit Ihnen besprechen. Es gibt allerdings Fälle, in denen die Versorgung mit einer Prothese nicht möglich ist, da der Gliedmaßenstumpf sich dafür nicht eignet.



Das Aufklärungsgespräch

Wir können Ihnen in diesem Merkblatt nur einen allgemeinen Überblick geben. Auf die näheren Umstände, wie die Schwere der Erkrankung, die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung, auf andere ernsthaft in Betracht kommende Behandlungsmöglichkeiten sowie auf Vor- und Begleiterkrankungen, die das Behandlungsrisiko erhöhen können, gehen wir im Aufklärungsgespräch ein.

Die praktisch bedeutsamen Komplikationen haben wir im Merkblatt aufgeführt. Es gibt daneben seltene und seltenste sowie geringfügige Risiken.

Auch vorbereitende und operationsbegleitende Maßnahmen (z. B. Legen eines zentralen Venenkatheters, Injektionen und Infusionen von Medikamenten, eine Bluttransfusion) sowie Maßnahmen zur Nachbehandlung sind nicht risikofrei. So kann die Bluttransfusion z. B. zur Infektion mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) und extrem selten mit HIV (AIDS) führen. Die Eigenblutübertragung, die freilich nur bei einem Teil der Patienten möglich ist, vermeidet dieses Risiko.

Wir zählen die Risiken hier nicht im einzelnen auf, weil wir meinen, daß sie für Ihre Entscheidung nicht von ausschlaggebender Bedeutung sind.

Bitte fragen Sie uns nach allem, was Ihnen wichtig erscheint, z. B. ob bei Ihnen eine Bluttransfusion oder andere Nebeneingriffe ernsthaft in Betracht kommen und ob die Voraussetzungen für eine Eigenblutspende gegeben sind.

Wenn Sie nach dem Aufklärungsgespräch keine Fragen mehr stellen, dürfen wir annehmen, daß Sie die Aufklärung verstanden und alles erfahren haben, was Sie wissen wollen.

Bitte helfen Sie uns

bei unseren Untersuchungen und bei der Behandlung

- durch die sorgfältige Beantwortung der Fragen, die wir Ihnen stellen,
- durch Hinweise auf die besondere Bedeutung etwaiger Komplikationen, die sich z. B. aus Ihrer Berufstätigkeit ergeben kann,
- durch die gewissenhafte Beachtung unserer Hinweise für das Verhalten vor, bei und nach der Behandlung.

1. Erklärung des Patienten nach dem Aufklärungsgespräch

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Ärztlicher Vermerk zum Aufklärungsgespräch

z. B. Sicherheit der Diagnose, Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung, risikoerhöhende Umstände, Behandlungsalternativen, Nebeneingriffe (z. B. Bluttransfusion, Eigenblutspende)

Herr/Frau Dr. _____ hat mit mir heute anhand der Hinweise im Merkblatt und der Ergebnisse der Voruntersuchungen ein abschließendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist. **Oder**

Ich erbitte eine zusätzliche Aufklärung über die

Art, Bedeutung, Folgen, Risiken

der Operation, der Nebeneingriffe.

2. Einwilligungserklärung

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Ich **willige** hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff einschließlich der Schmerzbetäubung sowie der erforderlichen Untersuchungen und Nebeneingriffe **ein**. Ich bin mit Änderungen und Erweiterungen des Eingriffes einverstanden, die sich während der Operation als erforderlich erweisen.

Ich **versage meine Einwilligung** in den Eingriff. Über mögliche gesundheitliche Nachteile meiner Ablehnung wurde ich informiert.

Vermerk des Arztes über etwaige Beschränkungen der Einwilligung (z. B. hinsichtlich Bluttransfusion):

Datum: _____

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. der Sorgeberechtigten

Patientendaten/Aufkleber

Osteosynthesen bei Femurfrakturen (Operationen bei Verletzungen des Oberschenkelknochens)

 links rechts

 Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Untersuchung ergab eine Verletzung des Oberschenkelknochens, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffs kennen, damit Sie sich entscheiden und in die Operation einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Welche Formen von Oberschenkelbrüchen gibt es?

Je nachdem, an welcher Stelle der Knochen bricht (Abb.1), unterscheidet man verschiedene Bruchformen. Der Bruch, der bei Ihnen/Ihrem Kind vorliegt, ist angekreuzt.

- Bruch im Bereich des großen Rollhügels (**per-trochantäre Fraktur**)
- Bruch im Schaftbereich des Oberschenkelknochens (**Femurschaftfraktur**)
- Bruch des Oberschenkelknochens im Kniegelenkbereich (**suprakondyläre Kondylenfraktur**)

Fehlstellungen können zu vorzeitiger Abnutzung der Knorpelflächen führen. Die Folgen davon sind Bewegungseinschränkungen bis hin zu Versteifungen und andauernde Schmerzen. Durch die Behandlung wird dieses Risiko gemindert.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Das Ziel jeder Knochenbruchbehandlung ist es, die Bruchstücke möglichst genau in ihrer ursprünglichen Stellung einzurichten und zu stabilisieren, so dass nahegelegene Gelenke bald wieder bewegt werden können. Dies kann durch eine konservative Behandlung (ohne Operation) oder mit einer Operation erreicht werden.

Bei der konservativen Vorgehensweise wird der Bruch eingerichtet und durch Verbände (z.B. Gips, Schiene) in der richtigen Stellung gehalten (fixiert). Bei der operativen Behandlung werden die Bruchstücke mit Metallteilen fixiert. Beide Behandlungsmethoden haben jeweils Vor- und Nachteile sowie spezifische Risiken.

Aufgrund der besonderen Bedingungen in Ihrem Fall/bei Ihrem Kind empfiehlt die Ärztin/der Arzt die operative Behandlung.

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff wird in Vollnarkose oder Regionalbetäubung durchgeführt. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Es gibt verschiedene Methoden, die jeweils einzeln oder miteinander kombiniert eingesetzt werden können. Das Verfahren, das bei Ihnen/Ihrem Kind angewandt werden soll, ist angekreuzt.

- Nagelung:** Ein oder mehrere Metallstäbe werden in den Markkanal eingebracht (Marknägel). So wird der Knochen von innen in der richtigen Stellung gehalten (s. Abb. 2).

Vereinfachte schematische Darstellung

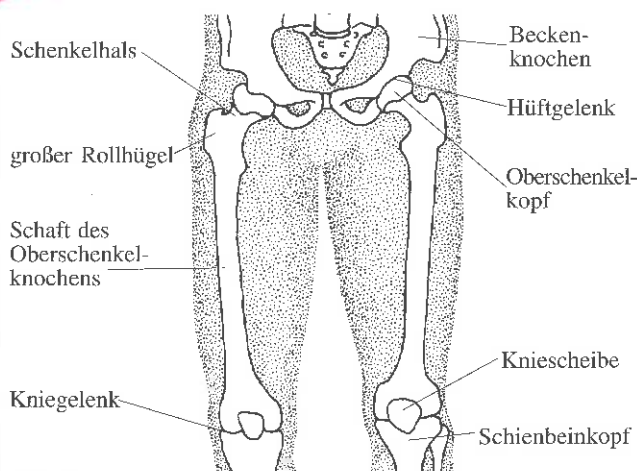


Abb. 1

- ❑ **Verschraubung/Verplattung/Verdrahtung:** Metallschrauben und/oder aufgeschraubte Metallplatten fixieren die Knochenbruchstücke (s. Abb. 3); alternativ können auch Drähte verwendet werden.
- ❑ **Fixierung mit einem Gestell (Fixateur externe):** Beiderseits der Bruchstelle wird der Knochen von Metallstäben fixiert, die außerhalb des Körpers mit einem Gestell verbunden sind (Abb. 4).
- ❑ **Sonstige Verfahren**

In geeigneten Fällen wird vor der Operation mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperre angelegt. So kann der Eingriff in Blutleere durchgeführt werden.

In Einzelfällen ist es erforderlich, Knochenspäne zur Stabilisierung des Bruches einzubringen. Diese Knochenspäne werden entweder von Ihnen selbst (patienteneigener Beckenkamm) oder aus der Knochenbank entnommen. Ihr Arzt wird mit Ihnen gesondert darüber sprechen, warum er in Ihrem Fall/ bei Ihrem Kind diese Vorgehensweise wählt und welche Risiken und Folgen damit verbunden sind.

Ist mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffs zu rechnen?

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. Eine **Änderung oder Erweiterung** des geplanten Verfahrens kann dann notwendig werden. Fragen Sie bitte den Arzt, ob er selbst damit rechnet. Er wird Sie ggf. über Vor- und Nachteile, Risiken und Folgen dieser Maßnahmen gesondert aufklären.

Sehr selten ist der Oberschenkelknochen **im Bereich des Kniegelenks** so stark verletzt, dass eine Wiederherstellung nicht möglich ist. Das Kniegelenk muss dann versteift werden. Sollte dies absehbar sein, werden Sie darüber gesondert aufgeklärt.

Nach der Operation kann eine mehrwöchige **Ruhigstellung** des Beines mit einem Gipsverband erforderlich sein.

Mögliche Zwischenfälle während der Operation

Trotz größter Sorgfalt können bei der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die meist sofort erkannt und behandelt werden. Zu nennen sind insbesondere:

- **Allergische Reaktionen:** Nach Einspritzen örtlicher Betäubungsmittel oder anderer Medikamente können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit und - selten - auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum **lebensbedrohlichen** Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern;
- **Verletzungen benachbarter Gewebe** (z.B. Muskeln, Sehnen); die Verletzung von Blutgefäßen kann zu **stärkeren Blutungen** führen, die eine Blutübertragung erforderlich machen. Äußerst selten kann es durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen zu einer **Infektion** z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) oder extrem selten mit HIV (AIDS) kommen. Auch eine Übertragung der Erreger von BSE/vCJK (Folge: fortschreitende Schädigung des Gehirns mit Todesfolge) ist nicht mit zweifelsfreier Sicherheit auszuschließen;
- **Nervenverletzungen**, die trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung des Beines verursachen können;
- **Sprengung des Knochenrohrs** bzw. **Verletzung des Kniegelenks** beim Einschlagen eines Marknagels. Der Knochen muss mit einer Metallplatte fixiert werden. Verletzungen des Kniegelenks können zu Versteifungen führen;
- **Spritzenabszesse**, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können bleibende Beschwerden (Taubheitsgefühl, Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für **Druckschäden** infolge der bei der Operation notwendigen Lagerung sowie für **Hautschäden** durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom.

Vereinfachte schematische Darstellung

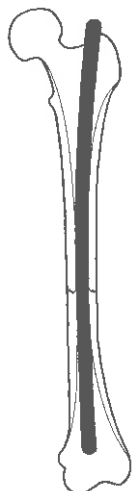


Abb. 2



Abb. 3

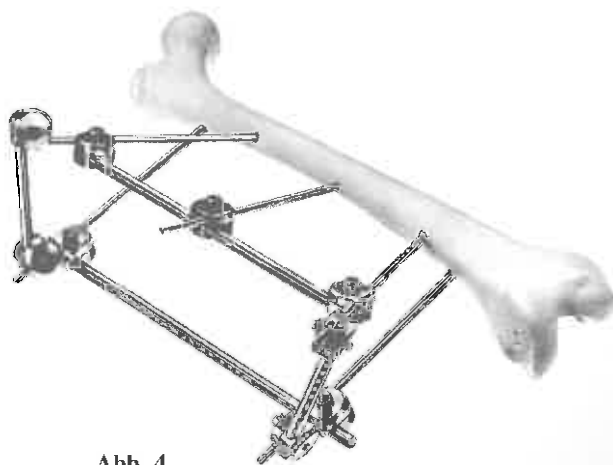


Abb. 4

Mögliche Störungen und Spätfolgen nach der Operation

Auch nach der Operation können in Einzelfällen Störungen auftreten, die ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern. Zu nennen sind:

- leichte Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen;
- selten Infektionen im Operationsgebiet, die trotz Behandlung zu langwierigen Entzündungen führen können. Selten kommt es dadurch zu einer chronischen Knocheneiterung (Osteitis) mit der Bildung eines krankhaften Verbindungsganges vom Entzündungsherd zur Körperoberfläche (Fistel); ebenso selten führen Entzündungen zu Gelenkversteifungen oder - im Extremfall - zum Verlust des Beines;
- Nervendruckschäden durch Lagerung auf Schienen oder durch Verbände (Folge: z.B. Taubheitsgefühl, schmerzhafte Missempfindungen);
- extrem selten kann es durch die angelegte Blutsperrung zu vorübergehenden, in Ausnahmefällen auch bleibenden Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden bis hin zu einer Teillähmung in der betroffenen Gliedmaße kommen;
- Fett-/Knochenmarksembolie: Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- Thrombo-Embolie: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei Rauchern und Gebrauch der „Pille“. – Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- Bildung eines Falschgelenks (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird. Dann müssen besondere Maßnahmen ergriffen werden, über die Sie ggf. gesondert aufgeklärt werden;
- Bruch oder Lageveränderung der eingesetzten Metallteile; dadurch kann es zu Verletzungen und einer Verschiebung der Bruchteile kommen. Eine operative Korrektur ist dann erforderlich;
- erneuter Knochenbruch; wenn der Knochen nicht vollständig verheilt ist, kann er unter Belastung erneut brechen;
- Achs- und Drehfehlstellungen sowie Längenunterschiede der Beine; derartige Störungen lassen sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden;
- Muskelschrumpfung und -verkalkungen sowie Bewegungseinschränkungen und Versteifung von Gelenken aufgrund der Ruhigstellung, die unter Umständen trotz intensiver Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;
- in Ausnahmefällen eine schmerzhafte Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);
- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge Durchblutungsstörungen und Funktionseinschränkungen, im Extremfall bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (Kompartiment-Syndrom);
- überschießende und störende Narben (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen und später korrigiert werden können;
- **bei Kindern**: Falls der Bruch in der Wachstumsfuge liegt, können Wachstumsstörungen mit der Folge von X- oder O-Verbiegungen oder Verkürzungen des Knochens auftreten. Ist die Wachstumsfuge nicht beteiligt, kann es evtl. vorübergehend zu einem gesteigerten Knochenwachstum kommen. Unter Umständen sind später korrigierende Maßnahmen erforderlich.

Nach der Operation?

- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen oder Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.
- Durch die Ruhigstellung kann es zu Versteifungen kommen. Sie sollten die Gelenke ohne Verband deshalb oft bewegen und die Muskeln unter dem Verband oft anspannen (**isometrische Übungen**).
- Belasten Sie das Bein nur so stark, wie es Ihnen erlaubt wurde. Bei einer Fixierung des Bruches mit Platten oder Schrauben ist das Bein frühestens **nach 12 Wochen wieder voll belastbar**, bei einer Nagelung schon früher.
- Eingesetzte **Platten, Schrauben oder Nägel** können in der Regel nach 12-18 Monaten entfernt werden. In Einzelfällen kann das Metall im Körper verbleiben.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Im allgemeinen kann der Oberschenkelknochen gut wiederhergestellt werden, ohne dass die Funktion von Hüft- oder Kniegelenk beeinträchtigt ist. Vor allem Brüche im Bereich des Knies können aber auch zu einer dauerhaften Einschränkung der Beweglichkeit dieses Gelenks führen.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Osteosynthesen bei Femurfrakturen

Besprechen Sie bitte vor der Entlassung:

- Wann sollen Fäden/Klammern entfernt werden?
- Sind Verbände erforderlich? Welche/Wie lange?
- Wann ist Duschen oder Baden möglich?
- Wie lange ist körperliche Schonung/Ruhigstellung erforderlich?
- Ist eine krankengymnastische Nachbehandlung empfehlenswert?
- Wann sollen die Metallteile entfernt werden?
- Ab wann kann die Arbeit wiederaufgenommen/Schule bzw. Kindergarten wieder besucht werden?
- Sind Nachuntersuchungen erforderlich? Termine?
- Wie lange muss das Kind vom Schulsport befreit werden?

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
2. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? nein ja
3. Wurden **Allergien/Überempfindlichkeiten** z.B. gegen Metalle, Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel beobachtet? nein ja
4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
Waren **Blutübertragungen** nötig? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
7. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel, Hormone) benötigt? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. spezielle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Beschränkung der Einwilligung z.B. hinsichtlich der Transfusion, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe des Patienten für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffs

Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgreicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. zunehmende Bewegungseinschränkung bis hin zur Versteifung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

- Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde(n) ich/wir in einem Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken und über Behandlungsalternativen stellen.
- Ich/Wir habe(n) **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige(n)** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation **ein**. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden. Mein/Unser Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich sollten beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Klinikeindruck/Stempel

Operation bei Verletzung eines Nervs der Hand/ des Armes

rechts links

Die Operation wurde für den _____ geplant.
Datum

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen ist es zu einer Nervenverletzung gekommen, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im folgenden nur Arzt) mit Ihnen über die Notwendigkeit und Durchführung der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen des Eingriffes sowie Alternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll Ihnen helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Welche Nerven sind betroffen?

Im Bereich der Hand und des Armes verlaufen mehrere Nerven (siehe Abbildung):

- Mittelnerv (Nervus medianus)
- Ellenerv (Nervus ulnaris)
- Speichennerv (Nervus radialis)
- Nerven der Haut
- Nerven der Mittelhand und der Finger

Abhängig davon, welcher Nerv verletzt ist, können verschiedene Beschwerden auftreten wie z.B. Störungen des Berührungsempfindens (Gefühllosigkeit, Taubheitsgefühl, Schmerzen) und/oder Beeinträchtigung der von dem entsprechenden Nerven versorgten Muskulatur (Schwäche, Muskelschwund oder Lähmungen). Zusätzlich können am Ort der Nervenverletzung elektrisierende Schmerzen auftreten.

Das Ausmaß der gesundheitlichen Probleme richtet sich nach dem Ausbreitungsgebiet des betroffenen Nerven und nach Art und Ausdehnung der Schädigung (z.B. Durchtrennung, Quetschung, Riss, narbige Einengung).

Welche Gefahren ohne Behandlung?

Die einzige Möglichkeit, die vorliegenden Störungen zu mindern oder zu beheben, ist eine Operation. Sie darf nicht zu lange aufgeschoben werden, da sonst eine Erholung der Nervenfunktion nicht mehr möglich ist (ca. ½ Jahr nach der Verletzung verringern sich die Chancen einer erfolgreichen Wiederherstellung sehr schnell).

Wie wird operiert?

Um Blutungen zu verhindern und dadurch eine bessere Übersicht im Operationsgebiet zu schaffen, wird der Eingriff in Blutleere des Armes vorgenommen. Dabei wird das Blut durch Umwickeln des Armes mit einer Gummibinde herausgepresst. Eine am Oberarm angelegte Druckmanschette verhindert den Rückfluss des Blutes.

Die Operation erfolgt dann in Oberarmbetäubung (Armplexusanästhesie) oder Vollnarkose. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Liegt eine narbige Ummauerung, Quetschung oder Zerrung des Nervs vor, ohne dass dieser durchtrennt ist, wird er - meist unter Zuhilfenahme des Operationsmikroskops - sorgfältig gelöst.

Operation bei Verletzung eines Nervs der Hand/des Armes

Ist der Nerv durchtrennt, so gibt es nach Freilegung zwei Möglichkeiten:

• **End-zu-End-Naht:**

Wenn die beiden Nervenenden spannungslos zusammengefügt werden können, so werden die Kabelbündel mit Fäden, die dünner als ein Menschenhaar sind, unter dem Operationsmikroskop direkt vernäht.

• **Verpflanzen eines anderen Nerven:**

Liegt eine größere Strecke zwischen den Nervenenden, so dass eine spannungsfreie End-zu-End-Naht nicht möglich ist, wird ein anderer Nerv zur Überbrückung eingepflanzt. Dieser Nerv wird normalerweise vom Unterschenkel oder vom Oberarm entnommen. Er ist häufig dünner als der durchtrennte Nerv, weshalb meist mehrere Kabel des zu transplantierenden Nervs gebraucht werden.

An der Entnahmestelle besteht zunächst eine gefühllose Zone, deren Versorgung jedoch im Laufe der Zeit von anderen Hautnerven übernommen wird. Nur sehr selten verbleibt auf Dauer ein taubes oder unangenehmes Gefühl.

Nach der Operation ist fast immer eine Ruhigstellung im Gips-/Schienenverband für mindestens zwei Wochen erforderlich.

Bei überraschenden Befunden (z.B. Verletzung anderer Strukturen) können weitere Maßnahmen erforderlich werden. Falls der behandelnde Arzt mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffs rechnet, wird er Sie über Vor- und Nachteile, mögliche Risiken und Langzeitfolgen der zusätzlichen Maßnahmen gesondert aufklären.

Für unvorhersehbare, medizinisch notwendige Erweiterungen müssen wir Ihr Einverständnis voraussetzen, sonst müsste die Operation unterbrochen

werden, damit wir erneut mit Ihnen sprechen könnten. Die Behandlung würde sich dadurch verzögern, das Risiko von Zwischenfällen steigen.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt kann es während und nach der Operation vereinzelt zu Störungen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen oder Nachoperationen erforderlich machen können. Zu nennen sind:

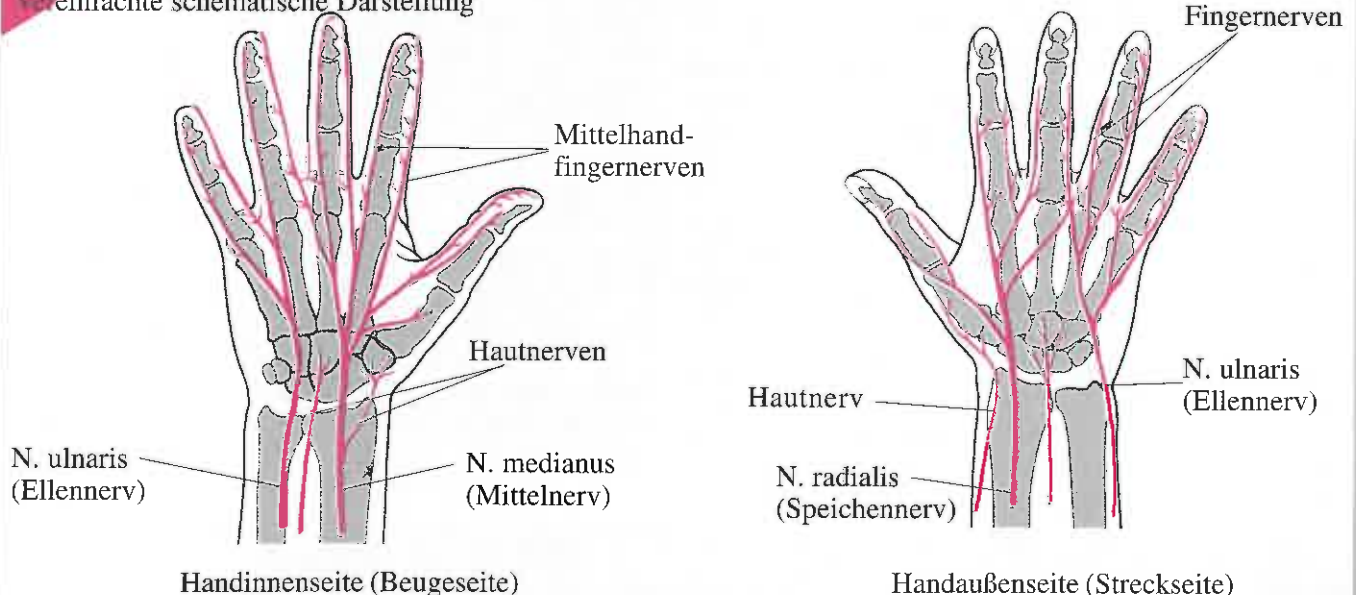
während der Operation:

- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Nerven, Gefäße, Sehnen), v.a. in vernarbten Gebieten; hierdurch können Nachoperationen erforderlich werden;
- Druckschäden an Nerven und Weichteilen durch die Blutleere oder Lagerung bei der Operation. Sie sind meist vorübergehend; vereinzelt können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl) zurückbleiben.
- Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom können nach dem Abheilen Narben hinterlassen;

nach der Operation:

- Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen (evtl. auch operativ);
- Einblutungen und starke Schwellungen der Weichteile, die trotz konsequenter Hochlagerung auftreten können. Dadurch kann der Verband zu eng werden. Sind die Finger blau oder gefühllos, muss dringlich Abhilfe geschaffen werden;
- Bildung von inneren Narben: Bei der Freilegung des Nervs können Narben verursacht werden, die andere Strukturen, z.B. Sehnen, einbeziehen. Diese Narben können zu funktionellen Beeinträchtigungen führen. Meistens können diese Störungen durch intensive Nachbehandlung behoben werden. Selten ist eine Nachoperation erforderlich;

Vereinfachte schematische Darstellung



- **Narbenstörungen:** Anlagebedingte, wulstige, dicke Narben bedürfen einer speziellen Narbenbehandlung. Kommt es infolge der Operation zu **Narbenzug**, der die Bewegung behindert, ist eine Nachoperation erforderlich;
- **Bildung von Neuomen** (schmerzende Nervenzwucherungen) am Ort der Nervennaht oder an der Stelle, an der ein Nerv für eine Verpflanzung entfernt wurde. Das Berührungsempfinden im Gebiet des entnommenen Nervs kann dauerhaft herabgesetzt sein;
- **in Ausnahmefällen** schmerzhafte Weichteilschwelung gekoppelt mit funktionellen Durchblutungsstörungen (örtliches Hitze-Kälte-Gefühl), die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knorpelgewebe sowie zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung von Gelenken führen kann. Diese **Reflexdystrophie** oder **Sudeck'sche Erkrankung** bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung.

Über Ihre speziellen Risiken und die damit verbundenen möglichen Komplikationen informiert Sie Ihr Arzt im Aufklärungsgespräch näher.

Die Erfolgsaussichten?

In der Regel kann durch die Operation sowohl das Gefühlsempfinden als auch bei Lähmungen die Muskelfunktion wiederhergestellt werden. Eine **komplette Wiederherstellung** der Nervenfunktion wie vor der Nervenverletzung wird jedoch nur selten (meist bei Kindern) erreicht. Die Funktionsfähigkeit des Nerven nach dem Eingriff hängt von mehreren Faktoren ab, z.B. von Art und Ausmaß der Nervenschädigung, vom Zeitraum zwischen Verletzung und Operation und vom Lebensalter des Patienten.

Wenn der Nerv durchtrennt oder stark geschädigt war, muss er nach der Operation ab der Verletzungsstelle neu auswachsen. Dies geschieht nicht schneller als 1mm pro Tag, altersabhängig auch noch deutlich langsamer, so dass die Funktionsrückkehr manchmal erst nach Monaten bemerkbar wird.

Worauf ist zu achten?

Falls der Eingriff ambulant erfolgt, fragen Sie bitte Ihren Arzt nach genauen Verhaltensregeln. Lassen Sie sich/Ihr Kind nach dem Eingriff abholen. Bitte beachten Sie auch die vorübergehende **Einschränkung der Straßenverkehrstauglichkeit** durch Narkose-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel. Es darf in den ersten 12-24 Stunden nach der Operation nicht aktiv am Straßenverkehr teilgenommen, kein Kraftfahrzeug oder Zweirad geführt und nicht an gefährlichen Maschinen gearbeitet werden.

Informieren Sie Ihren Arzt unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** (z.B. Kribbeln, Taubheitsgefühl) sowie **bläuliche Verfärbungen der Haut, der Finger oder der Nägel**

auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die sofort behandelt werden müssen, da sonst dauerhafte Schäden entstehen können.

Der verbundene Arm soll anfangs immer und später möglichst oft **hochgelagert werden**; dadurch kann das Blut besser zurückfließen. Anstrengungen des betroffenen Armes sollten vermieden werden. Besprechen Sie daher mit Ihrem Arzt, ab wann eine Belastung des Armes wieder möglich ist!

Wichtig sind **regelmäßige Übungen**, um eine spätere Einschränkung der Beweglichkeit durch die Ruhigstellung im Verband zu verhindern und um die Blutversorgung des Gewebes unter dem Gips zu verbessern! Daher sollten die Gelenke, die nicht unter dem Verband liegen, regelmäßig bewegt (isotonische Übung) und die Muskeln unter dem Gips angespannt werden (isometrische Übung)!

Achten Sie auf **Lockerung, Bruch oder Erweichung des Verbandes** und suchen Sie Ihren Arzt auf, wenn Sie **Schäden** bemerken! Nur so kann eine ausreichende Ruhigstellung, die für die Wundheilung erforderlich ist, erreicht werden!

Art und Dauer der **Nachbehandlung** wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint. Hier haben Sie die Möglichkeit Ihre Fragen (z.B. Schnittverlauf, Klinikaufenthaltsdauer) zu notieren, damit Sie diese beim Gespräch nicht vergessen.

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird von der körperlichen Verfassung und von Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Besteht eine **Allergie** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** (z.B. gegen örtliche Betäubungsmittel, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente)? nein ja
2. Leiden Sie an einer akuten/chronischen **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc) oder an einem anderen **schwerwiegenden chronischen Leiden** (z.B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? nein ja
3. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja

Besteht eine **Bluterkrankung** oder eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen oder blauen Flecken)? nein ja

4. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes, Über-/Unterfunktion der Schilddrüse) oder **wichtiger Organe** (z.B. Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Nervensystem) bekannt? nein ja

5. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Verhütungs-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar, Aspirin, Hormone) ein? nein ja
Wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

6. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja

7. Haben Sie **Krampfadern**? nein ja

8. Kam es früher schon zur Bildung/ Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja

9. **Rauchen Sie** Zigaretten? nein ja
Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

10. **Frauen im gebärfähigen Alter:** Liegt der Operationstermin im Zeitraum der nächsten **Regelblutung**? nein ja
Könnten Sie **schwanger** sein? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Neben- eingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Bei Verschiebung/Ablehnung der Operation

Der vorgeschlagene Eingriff wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. dauerhafte Funktionseinschränkungen der Hand/des Armes) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Unterschrift der Patientin/ des Patienten/der Eltern*

Einwilligungserklärung:

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes (z.B. bei Vorfinden weiterer verletzter Strukturen) hat mich

Frau/Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über evtl. Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit medizinisch erforderlichen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich sollten beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

DOKUMENTIERTE PATIENTENAUFKLÄRUNG

Sk. 37
D

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Patientendaten/Aufkleber

Wechsel einer Kniegelenkendoprothese

 linkes Knie rechtes Knie

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> teilweiser Gelenkersatz | <input type="checkbox"/> mit Zement |
| <input type="checkbox"/> vollständiger Gelenkersatz | <input type="checkbox"/> ohne Zement |
| <input type="checkbox"/> achsgeführter Gelenkersatz | <input type="checkbox"/> teilw. zementiert |

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchung ergab, dass Ihr bestehendes, künstliches Kniegelenk gelockert ist. Deshalb besteht die Notwendigkeit, dieses Kniegelenk auszuwechseln. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Warum ist ein Kniegelenkendo-
prothesenwechsel notwendig?

Durch die Lockerung der eingebrachten Kniegelenkendoprothese entstehen Schmerzen, Schwellungen und Entzündungszeichen, die Ihnen Probleme bereiten. Zudem wird durch das gelockerte Kniegelenk auf Dauer der Knochen unterhalb der Endoprothesenteile über die Maßen beansprucht und letztendlich auch zerstört. Dies führt zu einer ständig fortschreitenden Verschlechterung der Situation in diesem Gelenk. Deshalb sollte das Kniegelenk ausgetauscht werden.

Behandlungsalternativen?

Bedauerlicherweise bestehen keine Behandlungsalternativen zum Wechsel eines gelockerten Kunstgelenkes. Mit sogenannten konservativen, d.h. nicht-operativen Maßnahmen lässt sich keine Verfestigung eines einmal gelockerten Gelenkes erreichen. **Daher raten wir Ihnen dringend zur Operation.**

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff wird in Vollnarkose oder Regionalbetäubung durchgeführt. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Vor Operationsbeginn wird mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperrung angelegt. So kann der Eingriff in Blutleere durchgeführt werden. In der Regel wird das Kniegelenk durch die bereits bestehende Narbe operativ freigelegt und für den Prothesenwechsel vorbereitet.

Je nach Befund wird der gelockerte Anteil des Kunstgelenkes oder aber beide Anteile, d.h. sowohl am Schienbeinkopf als auch an den Oberschenkelknorren (Femurrollen), entfernt. Sofern keine Hinweise auf eine akute, durch Bakterien verursachte Entzündung vorliegen, kann sofort ein neues Kniegelenk eingebaut werden. Je nach Situation wird man auf ein einzementiertes oder auf ein zementfreies Gelenk zurückgreifen.

Ist beispielsweise eine sog. einseitige Schlittenprothese betroffen, ist es manchmal nicht möglich oder sinnvoll, nur diese Schlittenprothese zu ersetzen. Dann muss ein vollständiges künstliches Kniegelenk eingebaut werden. Dies entscheidet sich jedoch häufig erst während der Operation. Falls der behandelnde Arzt selbst damit rechnet, wird er Sie über Vor- und Nachteile, mögliche Risiken und Langzeitfolgen der zusätzlichen Maßnahmen gesondert aufklären.

Sollten sich Hinweise auf eine akute Infektion ergeben, kann es sein, dass primär auf den Einbau einer neuen Endoprothese verzichtet wird. Dann wird zunächst ein Knochenzement, der mit einem Antibiotikum versehen ist (ein sog. "Spacer", d.h. Platzhalter), ins Kniegelenk eingebracht. Dieser wird dann nach einigen Monaten, wenn die Entzündungszeichen entsprechend abgeklungen sind, entfernt und danach ein neues Kniegelenk eingesetzt.

In einzelnen Fällen kann es notwendig sein, bei starker Zerstörung des Knochens unter der Endoprothese zusätzlich Knochenmaterial einzubauen, das beispielsweise aus dem Beckenkamm entnommen wird.

In extrem seltenen Fällen ist ein erneuter Einbau einer Kniegelenkendoprothese nicht mehr möglich.

In diesen Fällen ist es dann sinnvoll, sofort eine sog. Arthrodese, d.h. eine Kniegelenksversteifung, durchzuführen. Dies hat zwar den Nachteil, dass das Kniegelenk nicht mehr bewegt werden kann, hat aber auch den Vorteil, in der Regel für ein ganzes Leben keine Probleme und ein voll belastbares, einsetzbares und schmerzfreies Bein zu schaffen.

Nach einer gründlichen Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden und unter Berücksichtigung Ihres Alters und des besonderen Zustands Ihres Kniegelenkes wählt der Arzt die für Sie geeignete Behandlung aus. Im Aufklärungsgespräch erläutert er Ihnen seine Empfehlung näher.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

In der Regel sind die Patienten mit dem Erfolg der Operation zufrieden. Durch den Eingriff werden die Schmerzen beseitigt oder zumindest gelindert und die Beweglichkeit des Kniegelenkes wird verbessert. Im allgemeinen ist es möglich, wieder schmerzfrei zu gehen und dem Alter entsprechende körperliche Leistungen zu vollbringen.

Mögliche Komplikationen während der Operation?

Trotz größter Sorgfalt können bei der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die u.U. weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern. Zu nennen sind insbesondere:

- **Allergische Reaktionen:** Nach Einspritzen von Betäubungsmitteln oder anderen Medikamenten können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit und - **selten** - auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum **lebensbedrohlichen** Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern;
- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Muskeln, Sehnen); die Verletzung von Blutgefäßen

kann zu **stärkeren Blutungen** führen, die eine Blutübertragung erforderlich machen. **Äußerst selten** kann es durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen zu einer **Infektion** z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) oder **extrem selten** mit HIV (AIDS) und/oder anderen Erregern, kommen.

Fragen Sie den behandelnden Arzt, ob die Bereitstellung von Eigenblut oder eine Blutverdünnung (Hämodilution) möglich und sinnvoll ist!

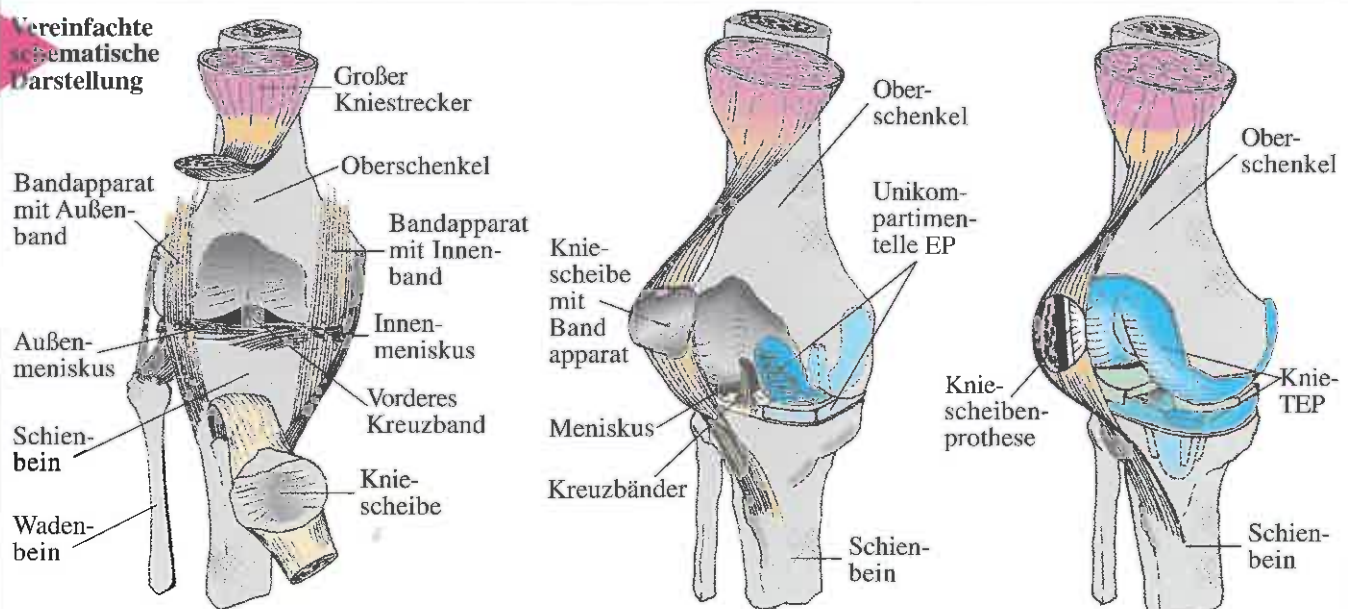
- **Nervenverletzungen**, die trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. eine Teillähmung des Beines verursachen können;
- **Bruch eines Knochens** bei Kalkmangel (Osteoporose). Der Bruch muss operativ eingerichtet und evtl. mit Metallplatten oder -schrauben stabilisiert werden;
- **Spritzenabszesse**, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können bleibende Beschwerden (Taubheitsgefühl, Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für **Druckschäden** die trotz ordnungsgemäßer Lagerung während der Operation auftreten können sowie für **Hautschäden** durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom.

Mögliche Störungen und Spätfolgen nach der Operation?

Auch nach der Operation können in Einzelfällen Störungen auftreten, die ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern. Zu nennen sind insbesondere:

- **Nachblutungen** und **Blutergüsse**, die behandelt werden müssen;
- **Infektionen** im Operationsgebiet; ein zweiter Eingriff ist dann meist erforderlich. Unter Umständen muss die Prothese entfernt werden. In manchen Fällen kann sofort oder nach Ausheilung ein neues Kunstgelenk eingepflanzt werden. **Sehr selten** wird aufgrund einer Infektion eine

Vereinfachte schematische Darstellung



Kniegelenk-Anatomie von vorne

Knie-Endoprothese unikompartimentell

Knie-TEP mit Patellaprothese

Versteifungsoperation mit einer Verkürzung des Beines oder - **im Extremfall** - die Amputation des Beines erforderlich;

- Thrombo-Embolie: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen oder das Gehirn verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen bzw. einen Schlaganfall verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei Rauchern und der Einnahme von Medikamenten (z.B. Hormonpräparate). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- Fett-/Knochenmarksembolie: Fett- und/oder Knochenmarksgewebe kann in den Blutkreislauf gelangen, in die Lunge oder das Gehirn verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen (z.B. Lungenembolie) oder bleibende Organschäden bis hin zum Herzinfarkt verursachen. Eine sofortige intensivmedizinische Behandlung ist dann erforderlich;
- **selten** entsteht nach einer Infektion im Operationsgebiet eine chronische Knocheneiterung (Osteitis); ebenso **selten** kommt es aufgrund der Entzündung zur Gelenkversteifung oder in **extremen Ausnahmefällen** zum Verlust des betroffenen Beines;
- **extrem selten** kann es durch die angelegte Blutsperrung zu vorübergehenden, **in Ausnahmefällen** auch bleibenden Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden bis hin zu einer Teillähmung in der betroffenen Gliedmaße kommen;
- falls bei der Operation zusätzlich Metallplatten oder -schrauben verwendet werden, kann es zum Bruch der eingebrauchten Metallteile kommen;
- Längenunterschiede der Beine; dies lässt sich nicht mit letzter Sicherheit vermeiden;
- überschießende und störende Narben (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen können;
- bei zu früher Belastung des Kniegelenks können Nähte reißen und weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern;
- Ausrenken des Kniegelenkes, vor allem in den ersten Monaten nach der Operation;
- Verkalkungen in benachbarten Muskeln, die z.T. zu erheblichen Bewegungseinschränkungen führen können und u.U. langdauernde krankengymnastische oder ggf. auch operative Nachbehandlungen erfordern;
- Einblutungen und Schwellungen der Weichteile, deren Folge Durchblutungsstörungen und Funktionseinschränkungen, **im Extremfall** bis hin zum Verlust der Gliedmaße, sein können (Kompartiment-Syndrom);
- **in Ausnahmefällen** eine schmerzhafte Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);
- im Laufe der Zeit gelegentlich erneute Lockerung oder **extrem selten** Bruch der Prothese; ein

erneuter Austausch der Prothese ist dann erforderlich. **In Ausnahmefällen** muss das Kniegelenk versteift werden.

Worauf ist zu achten?

- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen** oder **Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.
- Meist ist nach der Operation, zumindest bis zum Abschluss der Wundheilung, die etwa 14 Tage dauert, die Benutzung von **Gehstützen** erforderlich. Belasten Sie das betroffene Bein bitte nur so stark, wie der Arzt es Ihnen erlaubt hat.
- Sollten die Beine nach der Operation unterschiedlich lang sein, kann durch **verschieden hohe Absätze** Ausgleich geschaffen werden.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
2. Leiden Sie an einer **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS)? nein ja
3. Bestehen **Allergien/Unverträglichkeiten** (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle)? nein ja

Wechsel einer Kniegelenkendoprothese

4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Ersteinsatz der Knieprothese) zu **verstärkter Blutung/ Blutverlusten**? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja
7. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerzmittel, Hormone, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar oder Aspirin) ein? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Fragen des Patienten, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe des Patienten für die Ablehnung, Beschränkung der Einwilligung, z.B. hinsichtlich der Transfusion, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung der Operation
Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. fortschreitende Bewegungseinschränkung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes hat mich

Frau/Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über die Art und Bedeutung des Eingriffes, über die in meinem Fall speziellen Risiken und möglichen Komplikationen und über Neben- und Folgemaßnahmen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. notwendige Blutübertragung.

Verhaltenshinweise und Empfehlungen zur Nachsorge habe ich erhalten.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten



**Arthroskopische oder arthroskopisch
unterstützte Kreuzbandplastik**

rechtes Knie linkes Knie

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

■ **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,**

bei Ihnen/Ihrem Kind liegt wahrscheinlich eine Schädigung des Kreuzbandes im Kniegelenk vor, die im Rahmen einer Kniegelenkspiegelung (Arthroskopie, Gelenkendoskopie) bestätigt und behandelt werden soll. Vor dem Eingriff wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

■ **Wie ist das Kniegelenk aufgebaut?**

Das Kniegelenk ist ein großes und kompliziertes Gelenk. Es erlaubt Streck-, Beuge- und in geringem Maße auch Drehbewegungen. Kniescheibe, Gelenkkapsel, Bänder (Seitenbänder, Kreuzbänder) und Außen- sowie Innenmeniskus gewährleisten die Stabilität (s. Abb. 1).

Das Gelenk ist starken Belastungen ausgesetzt und deshalb sehr verletzungsgefährdet. Aufgrund der Beschwerden ist eine Bandverletzung sehr wahrscheinlich. Wenn die Diagnose nicht schon durch Voruntersuchungen gesichert ist, ist auch eine Meniskus- und Knorpelverletzung nicht auszuschließen.

■ **Behandlungsalternativen?**

In manchen Fällen kann eine konservative Behandlung z.B. mit Medikamenten, Schonung des Gelenks bzw. Ruhigstellung und/oder Physiotherapie oder aber eine offene Operation in Frage kommen. Ihr Arzt wird Sie über Alternativen informieren, falls diese für Sie geeignet sind und Ihnen erläutern, warum er in Ihrem Fall die arthroskopische Kreuzbandplastik empfiehlt.

■ **Wie wird der Eingriff durchgeführt?**

Die Arthroskopie erfolgt in Allgemein- oder Teilnarkose. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens klärt Sie der Anästhesist gesondert auf.

Vor der eigentlichen Operation werden Sie/Ihr Kind vom Arzt in Narkose untersucht, um zu überprüfen, wie viel Spiel das Kniegelenk hat. Da die Muskulatur dann entspannt ist, kann die Diagnose bezüglich der Bandstabilität besser gestellt bzw. bestätigt werden.

Um den Blutverlust klein zu halten, wird mit einer Manschette eine Blutsperre angelegt. Über einen kleinen Schnitt (0,5 cm) wird das Kniegelenk eröffnet und das etwa bleistiftdicke optische Instrument (Arthroskop) eingeführt. In den meisten Fällen geschieht dies von vorne (s. Abb. 2). Das Gelenk wird dann mit Flüssigkeit oder Gas gefüllt, so dass sich fast der gesamte Gelenkinnenraum gut überblicken lässt und Einzelheiten genau begutachtet werden können. Es ist immer erforderlich, die Diagnose zunächst zu überprüfen und zu bestätigen (diagnostische Arthroskopie). Dazu werden die Strukturen im Gelenk (Meniskus, Knorpel, Bänder) mit einem Tasthaken geprüft. Dieses Instrument wird über einen zweiten kleinen Schnitt eingeführt.

■ **Wie erfolgt die Kreuzbandplastik?**

Ist die Diagnose bestätigt, wird der eigentliche Eingriff, also das Ersetzen des verletzten vorderen Kreuzbandes, durchgeführt. Von entscheidender Wichtigkeit ist dabei, welches Ersatzmaterial gewählt wird. Meist wird ein Teil einer Sehne aus der Gegend um das Kniegelenk entnommen und den Bedürfnissen entsprechend geformt.

In Ihrem Fall/Bei Ihrem Kind ist folgendes Ersatzmaterial geplant:

- ein Teil der Kniescheibensehne mit anhängenden Knochenstücken
- eine Sehne aus der Rückseite des Oberschenkels (Semitendinosusehne)
- andere Sehnen aus Ober- oder Unterschenkel
- konservierte Sehnenstücke von Fremdspendern
- Kunststoffersatz
- Anderes: _____

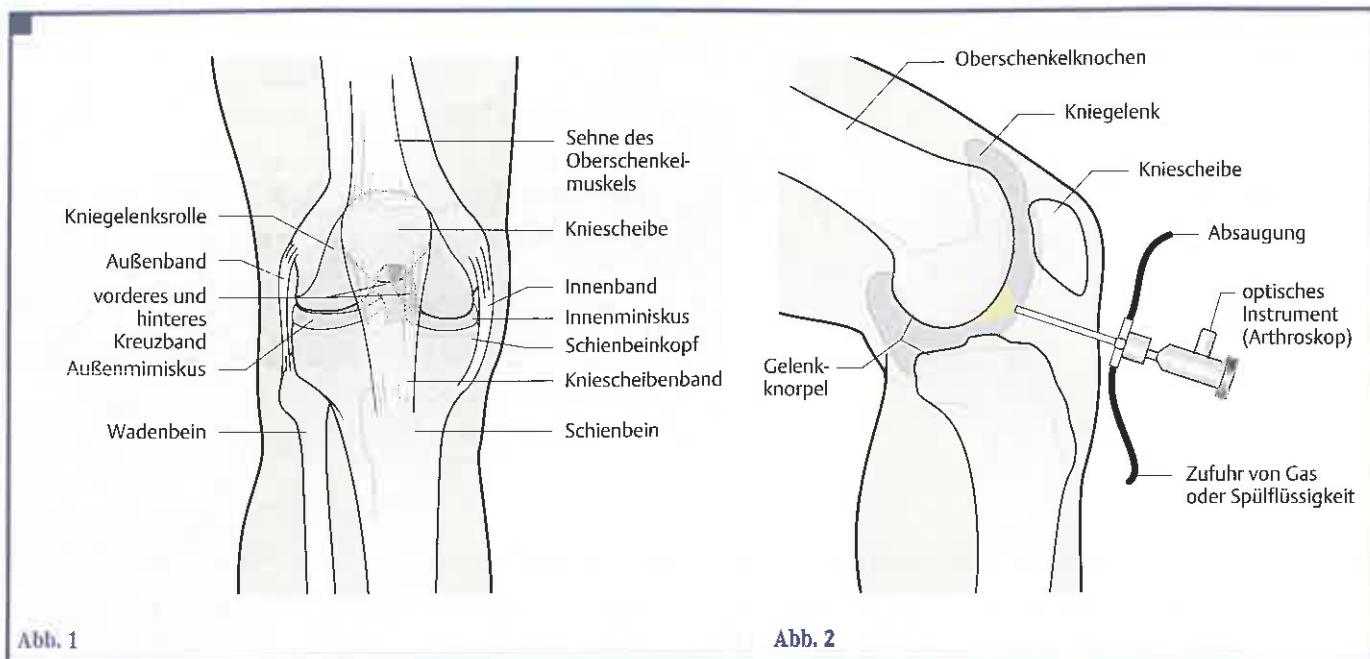


Abb. 1

Abb. 2

Wenn für die Operation eine körpereigene Sehne entnommen wird, informiert Sie der Arzt über zusätzliche Schnitte und eventuelle Funktionseinbußen.

Die Wahl des Ersatzmaterials bestimmt auch häufig den Ablauf der Operation und die Länge, Lage und Anzahl der Schnitte. Die Ersatzoperation des vorderen Kreuzbandes kann meist nicht ausschließlich über die beiden 0,5 cm langen Schnitten für das Arthroskop vorgenommen werden. Variationen bis zu einem großen Schnitt sind möglich.

Der Arzt wird Ihnen auch erklären, auf welche Weise das neue Band befestigt wird. In jedem Fall erfolgt die Fixierung am Ober- und Unterschenkelknochen meist in Bohrlöchern, in die das Band eingezogen wird. Die Befestigung der Bandenden ist mit Knochenstücken, Schrauben, Krampen oder Blättchen möglich. Manche Befestigungsmaterialien können für immer im (am) Kniegelenk bleiben, in anderen Fällen ist eine Entfernung sinnvoll. Es ist auch möglich, sich selbst auflösende Befestigungen (Schrauben) zu benutzen. Ihr Arzt wird Sie über das Befestigungssystem aufklären.

Nachdem das neue Kreuzband eingezogen und auf Festigkeit geprüft ist, wird das Gelenk gespült die Flüssigkeit abgesaugt und ein Kunststoffschlauch (Drainage) eingelegt, um Wundflüssigkeit abzuleiten. Die Schnitte werden vernäht.

■ Erweiterung des Eingriffs?

Das volle Ausmaß der Verletzungen lässt sich oft erst während der Arthroskopie beurteilen. Schäden am Knorpel oder Meniskus können im gleichen Eingriff behandelt werden. Unter Umständen kann es möglich sein, dass der arthroskopische Eingriff unerwartet nicht zum Ziel führt (z.B. auch bei Ausfall der technischen Anlage). Deshalb müssen wir Sie schon jetzt um Ihr Einverständnis bitten, den Eingriff als offene Operation fortzusetzen, wenn sich dies als für Sie/Ihr Kind notwendig erweist, um eine zweite Operation zu vermeiden.

Bei der offenen Operation wird das Gelenk durch einen Schnitt über dem Knie freigelegt. Nach dem Eingriff vernäht der Arzt den Schnitt und legt kleine Kunststoffschläuche

(Drainagen) in das Gelenk ein, um Blut und Wundflüssigkeit nach außen zu leiten.

Sofern mit einer Eingriffserweiterung zu rechnen ist, wird Sie der behandelnde Arzt über Vor- und Nachteile, mögliche Risiken und Langzeitfolgen der zusätzlichen Maßnahmen gesondert aufklären.

■ Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Die Kreuzbandplastik ist ein risikoarmes Routineverfahren. Trotz größter Sorgfalt kann es bei der geplanten Operation jedoch vereinzelt zu Zwischenfällen kommen, die im Verlauf auch **lebensbedrohlich** sein können und weitere Behandlungsmaßnahmen/Nachoperationen erfordern. Zu nennen sind:

- **Allergische Reaktionen** bzw. Unverträglichkeitsreaktionen gegen Betäubungsmittel oder andere Medikamente, die sich z.B. als Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz, Übelkeit äußern, kommen selten vor. Sehr selten können auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herz-Kreislaufstörungen bis hin zum **Kreislaufchock** auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung noch mehrere Stunden/Tage nach der Operation erfordern und **bleibende Schäden** (z.B. Schockniere, Hirnschädigung) hinterlassen können;
- äußerst selten kommt es zu **Verletzungen wichtiger Blutgefäße**, die zu stärkeren Blutungen führen und eine Blutübertragung erforderlich machen. Durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen kann es äußerst selten zu **Infektionen**, z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), mit HIV (Spätfolge AIDS) und/oder anderen Erregern (z.B. von BSE, Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung) kommen. Sie können deshalb einige Wochen nach einer Fremdblutübertragung eine Kontrolluntersuchung durchführen lassen. Gleiches gilt auch bei Verwendung organischer Gewebekleber (Fibrin);
- eine **Infektion** führt zu Schwellung, Schmerzen und Temperaturanstieg. Neben einer Behandlung mit Antibiotika können auch ein oder mehrere operative Eingriffe erforderlich werden. In sehr seltenen Fällen ver-

ursacht die Infektion die Zerstörung des Gelenkes mit einer dauerhaften **Gelenkversteifung**;

- **Thrombo-Embolie**: Besonders bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen oder andere Organe verschleppt werden und **erhebliche Kreislaufstörungen (Lungenembolie)** oder z.B. einen Schlaganfall verursachen. Die Einnahme von bestimmten Medikamenten (z.B. Hormonpräparate), Übergewicht und das Rauchen erhöhen das Risiko. Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen. Bei Injektion von Heparin kann zusätzlich eine schwerwiegende Störung der Blutgerinnung (HIT) auftreten, die zu vermehrter Gerinnselbildung und somit zu akuten Gefäßverschlüssen führen kann;
- kleine **Verletzungen der Knorpeloberfläche** durch die Operationsinstrumente können vorkommen, bleiben im Allgemeinen aber folgenlos; bei großen und tiefen Defekten ist aber nicht ausgeschlossen, dass eine Arthroseentwicklung ausgelöst oder beschleunigt werden kann;
- gelegentlich bildet sich ein **Gelenkerguss**, z.B. aufgrund einer Nachblutung; trotz Punktion kann ein Erguss immer wieder auftreten und über Wochen bestehen;
- durch die enge Nachbarschaft kann es – wenn auch selten – zu einer **Verletzung von Nerven** kommen, die zu Schmerzen und Empfindungsstörungen, in Extremfällen auch zu einer **Teillähmung** des Beines führen kann;
- vorübergehende, nur selten dauerhafte **Störungen kleiner Hautnerven** treten auf, die zu **Berührungsunempfindlichkeit, Taubheitsgefühl** oder **schmerzhaften Missempfindungen** in kleinen Hautbezirken führen können;
- **Spritzenabszess, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen** infolge von Einspritzungen können in seltenen Fällen bleibende Beschwerden (Schmerzen, Missempfindungen, Taubheitsgefühl bis hin zu Lähmungen, Narben) zur Folge haben; das gilt auch für **Druckschäden** trotz ordnungsgemäßer Lagerung bei der Operation sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;
- vorübergehende, aber auch bleibende **Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden** bis hin zur **Teillähmung** des Beines können durch die Blutsperre verursacht werden. Diese Störungen sind aber extrem selten und lassen sich in den meisten Fällen gut behandeln;
- falls mit einem Laser gearbeitet wird, können **Verletzungen** durch unbeabsichtigtes Abweichen des Laserlichtstrahls zum Absterben von gesunden Gewebestrukturen führen;
- bei zu früher und intensiver Belastung des Gelenkes und mangelnder Narbenbildung kann es zu einem **Ausreißen der Bandbefestigung (Schrauben, Knöpfe, Nähte)** kommen, was evtl. eine Nachoperation erforderlich macht;
- **Einblutungen und Schwellungen** der Weichteile auch durch Spülflüssigkeit oder die Gasfüllung des Kniege-

lenkes, deren Folge Durchblutungsstörungen und Funktionseinschränkungen, im Extremfall bis hin zum **Verlust der Gliedmaße**, sein können (Kompartment-Syndrom);

- in Ausnahmefällen kommt es zu einer **schmerzhaften Weichteilschwellung**, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu **Bewegungseinschränkungen** bis hin zur **Versteifung** führen kann (Arthrofibrose und Sudecksche Erkrankung);
- **überschießende und kosmetisch/funktionell störende Narben (Keloid)** können bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen und eine spätere Korrektur erfordern.

■ Ambulante Operation?

Nach Ausschluss der wichtigsten **Risikofaktoren** durch den Anästhesisten und den Operateur kann die Behandlung auch ambulant durchgeführt werden. Falls dies vorgesehen ist, fragen Sie Ihren Arzt nach genauen Verhaltensregeln für die Zeit nach der Behandlung.

Beachten Sie bitte, dass das Reaktionsvermögen nach einer Narkose, oder der Anwendung eines Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittels vorübergehend beeinträchtigt ist. Lassen Sie sich/Ihr Kind deshalb bitte abholen. Sorgen Sie für eine **ständige Aufsicht in den ersten 24 Stunden** nach dem Eingriff.

Ferner sollten Sie/sollte Ihr Kind in diesem Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr** teilnehmen, keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen, keine wichtigen Entscheidungen treffen und keinen Alkohol trinken.

■ Wie sind die Erfolgsaussichten?

Meist reicht eine einmalige arthroskopische Operation aus, um eine Schädigung des Kreuzbandes abzuklären bzw. zu behandeln. Nicht immer gelingt es aber die Stabilität und Belastbarkeit des Knies wieder komplett herzustellen. Fragen Sie deshalb Ihren Arzt, mit welchem Ergebnis in Ihrem speziellen Fall zu rechnen ist.

■ Verhaltenshinweise

- Medikamente sollten **nur in Absprache mit dem Arzt** verwendet werden. **Falls nicht anders angeordnet** und medizinisch vertretbar, sollten blutgerinnungshemmende Medikamente, wie z.B. Aspirin® (ASS), **mindestens 5 Tage vor** der Operation abgesetzt bzw. nicht eingenommen werden. Falls Sie andere blutgerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar®, Heparin) einnehmen bzw. spritzen, teilen Sie dies bitte Ihrem Arzt frühzeitig mit.
- Bei ambulanter Behandlung sind in den ersten Tagen nach der Operation engmaschige Kontrollen mit ausführlichen Anweisungen des behandelnden Arztes notwendig. Wenn die Operation unter stationären Bedingungen durchgeführt wurde, werden Sie die ersten Tage von Ihrem Arzt und dem Pflegepersonal die entsprechenden Anweisungen erhalten.
- Suchen Sie bei anhaltendem Schmerz, starker Schwellung und Temperaturerhöhung sofort Ihren Arzt oder das nächste Krankenhaus auf!
- Häufig ist zumindest in den ersten Tagen eine Schiene notwendig, die die Beweglichkeit des Kniegelenkes ein-

schränken soll. Fragen Sie wie viel Bewegung und Belastung wann erlaubt sind.

- Zur Vorbeugung einer Thrombose erhalten Sie von Ihrem Arzt ein Medikament zur Blutverdünnung. Dieses entfällt dann, wenn Sie das Kniegelenk bewegen und auch teilbelasten dürfen.
- Bitte beachten Sie die Richtlinien zur Nachbehandlung, die der Arzt mit Ihnen besprechen wird. Es sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich. Fragen Sie Ihren Arzt, ob er Ihnen und dem Physiotherapeuten schriftliche Anweisungen mitgeben kann.

■ Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

■ Wichtige Fragen

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Damit Ihr Arzt Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen kann, bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten:

n = nein j = ja

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Diabetes) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? n j
2. Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? n j
3. Bestehen **Allergien/Unverträglichkeiten** z.B. auf Pflaster, Latex, Medikamente (z.B. Jod), Metalle, Nahrungsmittel? n j
4. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. Nasen- oder Zahnfleischbluten, häufig blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen, bei Zahnbehandlungen, kleineren Wunden), oder gibt es bei Ihrer Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu? n j
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? n j
6. Kam es zur **Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? n j
7. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar®, Aspirin®, Plavix® oder Hormone) benötigt? n j
8. **Frauen im gebärfähigen Alter:** Könnten Sie schwanger sein? n j

■ Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Operationsverfahren, mögliches Infektionsrisiko beim Einsatz von Spendersehen/Knorpeltransplantaten, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Behandlung, Gründe des Patienten für eine Ablehnung, Beschränkung der Einwilligung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffs

Die vorgeschlagene Operation wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift Ärztin/Arzt

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

■ Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes hat mich/uns Frau/Herr Dr. _____

in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken und über Behandlungsalternativen stellen.

Ich/Wir habe(n) **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige(n)** hiermit **nach angemessener Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden. Mein/Unser Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

* Grundsätzlich sollten beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat oder dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Patientendaten/Aufkleber

Konservative/operative Behandlung von Verletzungen der Handwurzelknochen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bruch eines Handwurzelknochens | <input type="checkbox"/> Verrenkung der Handwurzelknochen |
| <input type="checkbox"/> Bruch mehrerer Handwurzelknochen | <input type="checkbox"/> Bänderriss |

rechte Hand linke Hand

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

die Untersuchung ergab eine Verletzung der Handwurzelknochen bzw. der Bänder. Vor der Behandlung wird die Ärztin/der Arzt (im Folgenden nur „Arzt“) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der geplanten Maßnahme sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen der Behandlung sowie Alternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Die Behandlungsmöglichkeiten

Das Ziel der Behandlung besteht sowohl beim Knochenbruch als auch beim Bandriss, darin, in der richtigen Position eine korrekte Heilung zu ermöglichen. Konservative und operative Behandlung haben Vor- und Nachteile und jeweils eigene Risiken. Die Wahl der Behandlungsmethode richtet sich in erster Linie nach der Art der Verletzung.

Knochenbruchstücke müssen dazu u.U. zunächst eingerichtet werden; bei Knochenbruchstücken an der Handwurzel muss dies häufig operativ erfolgen. Bei Bänderrissen, die die Stabilität der Handwurzel beeinträchtigen, ist ebenfalls ein operatives Vorgehen mit Fixierung von Knochen durch Drähte und/oder Naht der gerissenen Bänder erforderlich.

Auch Lebensalter und Lebensumstände können die Entscheidung zum operativen oder konservativen Vorgehen beeinflussen. Eine Operation kann in manchen Situationen die Behandlungsdauer erheblich verkürzen, ist allerdings mit einem höheren Risiko verbunden. In Ihrem Fall/bei Ihrem Kind raten wir zu der im Kästchen angekreuzten Behandlung:



Wie wird behandelt?

Konservative Behandlung:

Wenn die Bruchstücke nicht verschoben sind bzw. die bestehenden Bänderausrisse keine Instabilität der Handwurzel befürchten lassen, ist eine Ausheilung der Verletzung ohne Operation möglich. Je nach Verletzung werden die Hand und der Arm in der gewünschten Stellung durch einen Gips-, Kunststoff- oder Schienenverband fixiert. Für eine zuverlässige Ruhigstellung des Handgelenkes ist manchmal ein Gips mit Daumeneinschluss, der bis zum Oberarm reicht, erforderlich. Welche Glieder in die Ruhigstellung einbezogen werden müssen und wie lange die Ruhigstellung erforderlich ist, wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen.

□ Operative Behandlung:

In Oberarmbetäubung (Armplexusanästhesie) oder in Vollnarkose werden die Handwurzelknochen unter Röntgenkontrolle eingerichtet. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Um Blutungen zu verhindern und dadurch eine bessere Übersicht im Operationsgebiet zu erhalten, wird der Eingriff in Blutleere vorgenommen. Durch Umwickeln des Armes mit einer Gummibinde wird das Blut herausgepresst. Eine am Oberarm angelegte Druckmanschette verhindert den Rückfluss des Blutes.

Es gibt verschiedene Methoden, um Bruchstücke zu fixieren, die jeweils einzeln oder miteinander kombiniert eingesetzt werden können. Manchmal ist es möglich, über kleine Stichinzisionen ohne Freilegung des Knochens Draht und/oder Schrauben zu platzieren. Voraussichtlich findet bei Ihnen/Ihrem Kind das folgende im Kästchen angekreuzte Verfahren Anwendung:

□ Drähte

Die erreichte Stellung der Knochenbruchstücke wird mit Bohrdrähten gehalten. Evtl. sind zusätzlich Drahtschlingen notwendig (Kirschnerdrahtung, Drahtnaht, Zuggurtung). Auch nach Bandverletzungen ist es häufig erforderlich, bis zur Ausheilung die Stellung der Handwurzelknochen zueinander mit Drähten zu fixieren.

□ Verschraubung, Verplattung

Metallschrauben evtl. in Kombination mit Metallplatten fixieren die Knochenbruchstücke in der richtigen Stellung.

□ Fixierung mit einem Gestell (Fixateur extern)

Körpernah und körperfern der Verletzung wird der Knochen mit Metallstäben gehalten, die über ein Gestell, welches außerhalb des Körpers verläuft, verbunden sind.

□ Sonstige Verfahren:

Bei offenen Brüchen mit erhöhter Infektionsgefahr wird evtl. eine **Kugelmantel** oder ein **Kollagenvlies** als Antibiotikaträger eingelegt. Die voraussichtliche Dauer und Art der Ruhigstellung in Gips-, Kunststoff- oder Schienenverband wird der Arzt mit Ihnen besprechen.

Erweiterungen des Eingriffs?

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. So kann z.B. eine Knochenverpflanzung vom Becken erforderlich werden, um die Bruchheilung zu verbessern oder um Lücken aufzufüllen. Falls der behandelnde Arzt mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffes rechnet, wird er Sie über Vor- und Nachteile, Risiken und Langzeitfolgen gesondert aufklären. Für unvorhersehbare, medizinisch notwendige Erweiterungen dürfen wir Ihr Einverständnis voraussetzen, sonst müsste die Operation unterbrochen werden, damit wir erneut mit Ihnen sprechen könnten. Die Behandlung würde sich dadurch verzögern, das Risiko von Zwischenfällen steigen.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Trotz größter Sorgfalt kann es in Einzelfällen während oder nach dem Eingriff/der Behandlung zu Komplikationen

kommen, die u.U. eine sofortige Behandlung erfordern und in der Folge auch lebensbedrohlich sein können. Zu nennen sind:

Bei konservativer Behandlung

- Verschiebung der Bruchenden; eine operative Einrichtung kann ggf. auch später notwendig werden, oder nach Ausheilung kann eine Korrektur erforderlich sein;
- verzögerte Heilung des Bruches; die Dauer der Bruchheilung wird z.B. von Art und Schweregrad der Schädigung, von Lebensalter, Vorerkrankungen und zusätzlichen Verletzungen beeinflusst;
- Bewegungseinschränkungen und Versteifung von Gelenken, auch im nicht verletzten Bereich, aufgrund der Ruhigstellung durch den Verband, die u.U. auch durch intensive Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr behoben werden können;

Bei operativer Behandlung

- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Nerven, Sehnen); die Verletzung von Blutgefäßen kann zu stärkeren Blutungen führen, die evtl. eine erneute Operation erfordern;
- Nervenverletzungen können trotz operativer Behandlung (Nervnaht) zu dauerhaften Empfindungsstörungen führen;
- Druckschäden an Nerven und Weichteilen durch die Blutleere oder Lagerung bei der Operation. Sie sind meist vorübergehend, vereinzelt können jedoch dauerhafte Beschwerden wie schmerzhafte Missempfindungen, Taubheitsgefühl, im äußersten Fall eine Teillähmung des Armes zurückbleiben; Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrochirurgische Geräte können Narben hinterlassen;
- Nachblutungen und Blutergüsse, die evtl. auch operativ behandelt werden müssen;
- Bildung von inneren Narben: Bei der Freilegung des Knochens werden Narben verursacht, die Sehnen, Nerven oder Kapsel-/Bandstrukturen der Gelenke einbeziehen. Diese Narben können zu funktionellen Beeinträchtigungen führen, die in sehr seltenen Fällen auch dauerhafter Art sein können. Meistens können diese Störungen durch eine intensive Nachbehandlung behoben werden; selten ist auch eine Nachoperation erforderlich;
- eingebrachte Metallteile können die Funktion der Hand behindern. Nach Entfernung des Metalls bessert sich die Beweglichkeit;
- selten Infektionen im Operationsgebiet; trotz medikamentöser und operativer Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Sehr selten entsteht daraus eine chronische Knochenerkrankung (Osteitis); hieraus können schwere funktionelle Störungen entstehen, die die Hand dauerhaft beeinträchtigen;
- Narbenstörungen: anlagebedingte, wulstige, dicke Narben bedürfen einer speziellen Narbenbehandlung. Kommt es infolge der Operation zu Narbenzug, der die Bewegung behindert, ist eine Nachoperation erforderlich;

Allgemeine Risiken bei operativer und konservativer Behandlung

- Die Entstehung einer Handgelenksarthrose ist trotz sachgemäßer Behandlung nach Jahren möglich.
- selten allergische Reaktionen bzw. Unverträglichkeitsreaktionen, z.B. auf Medikamente, Desinfektionsmittel, eingebrachtes Metall), die sich z.B. als Hautrötung,

Schwellung, Juckreiz, Übelkeit äußern. Sehr selten können auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herz-Kreislaufstörungen bis hin zum Kreislaufschock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern und äußerst selten bleibende Schäden (z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung) hinterlassen können;

- Einblutungen und starke Schwellungen der Weichteile, die trotz konsequenter Hochlagerung auftreten können. Dadurch kann der Verband zu eng werden. Sind die Finger blau oder gefühllos, muss dringlich Abhilfe geschaffen werden;
- Bildung eines Falschgelenkes (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird. In diesen Fällen wird eine Operation mit Knochenverpflanzung (meist vom Beckenkamm) erforderlich;
- in Ausnahmefällen schmerzhafte Weichteilschwellung gekoppelt mit funktionellen Durchblutungsstörungen (örtliches Hitze-Kälte-Gefühl), die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe sowie zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung von Gelenken führen kann. Diese **Reflexdystrophie** oder **Sudeck'sche Erkrankung** bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung;
- bei Kindern: sind bei der Verletzung Wachstumsfugen beteiligt, so kann das Knochenwachstum gestört sein.
- geringe Fehlstellungen im komplizierten Gefüge der Handwurzelknochen, die sich nicht immer sicher vermeiden lassen. Hieraus können Bewegungseinschränkungen, Schmerzen und vorzeitiger Gelenkverschleiß resultieren;
- Haut-, Weichteil- und Nervenschäden (z.B. Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Blutergüsse, Schwellung, Schmerzen, Nerven- oder Venenreizung) infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation sind sehr selten; sie bilden sich meist von selbst wieder zurück bzw. sind gut behandelbar. Unter Umständen kann es zu bleibenden Beschwerden (z.B. Schmerzen, Missempfindungen, Taubheitsgefühl bis hin zu Lähmungen, Narben) kommen.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Brüche und Verrenkungen der Handwurzelknochen sind schwere Verletzungen. Trotzdem lässt sich in den meisten Fällen eine Ausheilung erreichen. Bänder sind normalerweise nach 4-6 Wochen ausreichend verheilt. Die Bruchheilung bei einem Karpalknochen kann 12-16 Wochen in Anspruch nehmen. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen tragen dazu bei, Störungen des Heilungsverlaufes frühzeitig erkennen und behandeln zu können.

Ist der Eingriff ambulant möglich?

Nach Ausschluss aller Risikofaktoren kann der Eingriff auch ambulant durchgeführt werden.

Lassen Sie sich nach ambulanter Behandlung bitte unbedingt von einer **erwachsenen Begleitperson abholen**. Bitte beachten Sie die vorübergehende **Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit** infolge des Eingriffs und der verabreichten Medikamente: Sie dürfen in den ersten 24 Stunden nach der Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, kein Kraftfahrzeug oder Zweirad führen, keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen (z.B. Arbeiten an gefährlichen Maschinen oder ohne festen Halt),

keine wichtigen Entscheidungen treffen, keinen Alkohol trinken und nicht rauchen.

Worauf ist zu achten?

- Bei **Schmerzen, Bewegungsstörungen, Taubheits- oder Kribbelgefühl** sowie **blau-roter Verfärbung** der Finger kann ein zu enger Verband die Ursache sein. In diesem Fall sollten Sie unverzüglich Ihren behandelnden Arzt (oder die Klinik) aufsuchen, um schwere Folgeschäden an Muskeln und Nerven zu vermeiden. Fragen Sie auch nach einer Telefonnummer für den Notfall.
- **Der verbundene Arm** soll anfangs immer und später möglichst oft **hochgelagert werden**; dadurch kann das Blut besser zurückfließen. Anstrengungen des betroffenen Armes sollten vermieden werden. Besprechen Sie daher mit Ihrem Arzt, ab wann eine Belastung des Armes wieder möglich ist!
- Wichtig sind **regelmäßige Übungen**, um zusätzliche Einschränkungen der Beweglichkeit durch die Ruhigstellung im Verband zu verhindern und um die Blutversorgung des Gewebes unter dem Gips zu verbessern! Daher sollten die Gelenke, die nicht unter dem Verband liegen regelmäßig bewegt (isotonische Übung) und die Muskeln unter dem Gips angespannt werden (isometrische Übung)!
- Achten Sie auf **Lockerung, Bruch oder Erweichung des Verbandes** und suchen Sie Ihren Arzt auf, wenn Sie **Schäden** bemerken! Nur so kann eine ausreichende Ruhigstellung für die Heilung erreicht werden!
- Eingesetzte Metallteile können in der Regel nach 12-18 Monaten entfernt werden. Häufig kann das Metall im Körper verbleiben
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf **Ihre Mithilfe** angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die Ihr Arzt mit Ihnen besprechen wird! In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und häufig auch krankengymnastische bzw. ergotherapeutische Übungsbehandlungen erforderlich.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Was Sie dem Arzt mitteilen sollten ...

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und in Ihrem Fall spezielle Risiken besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten:

1. Besteht eine **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. gegen Medikamente Metalle, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel)? nein ja
2. Leiden Sie an einer akuten/chronischen **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS, Tbc) oder an einem anderen **schwerwiegenden chronischen Leiden** (z.B. grüner Star, Epilepsie, Lähmungen)? nein ja

3. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. nein ja Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt?

4. Kam es bei früheren Operationen oder nein ja Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**?

Besteht eine **Bluterkrankung** oder eine nein ja **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. Nasen- oder Zahnfleischbluten, häufig blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen, bei Zahnbehandlungen, kleineren Wunden), oder gibt es bei Ihrer **Blutsverwandtschaft** eine Anlage dazu?

5. Kam es zur Bildung/Verschleppung von nein ja **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)?

6. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**, nein ja

7. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** nein ja (z.B. Herz-, Schmerzmittel, Hormone, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar® oder Aspirin®) ein?

Wenn ja, bitte um nähere Angaben: _____

8. Haben Sie **Krampfadern**? nein ja

9. Rauchen Sie? nein ja

Wenn ja, was und wie viel pro Tag? _____

10. Trinken Sie Alkohol? nein ja

Wenn ja, wie viel durchschnittlich pro Tag? _____

11. **Für Frauen im gebärfähigen Alter:**

Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/
des Arztes

Ablehnung

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden Nachteile (z.B. Fortbestehen/Verschlimmerung der Beschwerden) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/
des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern

Einwilligungserklärung

Über die geplante Behandlung/Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungsmaßnahmen (z.B. Einbringen von Antibiotikaträgern, Knochenverpflanzung) hat mich/uns Frau/Herr Dr. _____

in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über die Art und Bedeutung der Behandlung/des Eingriffes, über spezielle Risiken und möglichen Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich/Wir habe(n) **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige (n)** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in die geplante Behandlung/Operation **ein**. Mit unvorhersehbaren, medizinisch erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. geplantes Verfahren, Risiken und mögliche Komplikationen, individuelle Risiken, notwendige Eingriffserweiterungen, Neben- und Folgemaßnahmen; mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)



Ballon-Kyphoplastie

Zementauffüllung und Stabilisierung eines
Wirbelkörpers mit zusätzlichem Ausgleich des
bruchbedingten Höhenverlustes

Der Eingriff ist für den _____ geplant.
Datum

■ Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Auffüllung eines Wirbelkörpers mit Knochenzement durchgeführt werden. Diese Behandlungsmethode dient der Schmerztherapie, Stabilisierung und Wiederaufrichtung von Wirbelkörperbrüchen. Vor dem Eingriff werden Sie in einem persönlichen Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Folgenden nur Arzt) über die Vorgehensweise und die Erfolgsaussichten, die typischen Folgen und Risiken der Behandlung sowie über Behandlungsalternativen aufgeklärt, damit Sie sich für oder gegen den Eingriff entscheiden können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

■ Welche Krankheitsbilder sind grundsätzlich für die Therapie geeignet?

- Schmerzhaftes Wirbelkörperbrüche infolge verstärkten Knochenschwundes (Osteoporose).
- Schmerzhaftes Wirbelkörperbrüche infolge einer Unfallverletzung, bei denen eine offene operative Therapie nicht oder nicht alleine möglich ist. Bei Kombination mit einer offenen Operation kann die Ballon-Kyphoplastie in einer gemeinsamen Sitzung, vorher oder nachher durchgeführt werden.
- Schmerzhaftes Wirbelkörperbrüche infolge eines Tumorbefalles.

■ Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Zur Behandlung eines Wirbelkörperbruches besteht die Möglichkeit einer **konservativen Therapie**, falls es zu keinen weiteren Schädigungen, insbesondere Nervenschädigungen, oder einer relevanten Fehlstellung der Wirbelsäule gekommen ist. Durch die konservative Therapie, in der Regel durch Ruhigstellung der Wirbelsäule und Gabe schmerzstillender Medikamente, heilt ein Großteil der nicht tumorbedingten Wirbelkörperbrüche über Wochen oder wenige Monate aus.

Führen diese Maßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg oder treten Nebenwirkungen auf, besteht die Möglichkeit einer Ballon-Kyphoplastie oder Vertebroplastie, solange es noch nicht zu einem Ausheilen des Bruches gekommen ist. Bei der **Vertebroplastie** wird der betroffene Wirbelkörper mit Knochenzement gefüllt, wohingegen bei der **Ballon-Kyphoplastie** versucht wird, vor der Zementfüllung zusätzlich

den bruchbedingten Höhenverlust des Wirbelkörpers wieder auszugleichen.

Eine weitere Möglichkeit besteht in einer **offenen Operation**. Hierbei wird versucht, die durch den Wirbelkörperbruch verursachte Fehlstellung der Wirbelsäule unter Zuhilfenahme von Stangen und Schrauben zu korrigieren und eine ggf. vorhandene Einengung des Nervenkanals zu beseitigen. Die offene Operation wird durchgeführt, wenn der Wirbelkörperbruch zu einer relevanten Fehlstellung der Wirbelsäule und/oder bruchbedingten Verlegung des Nervenkanals mit begleitender Nervenschädigung geführt hat. Die Ope-

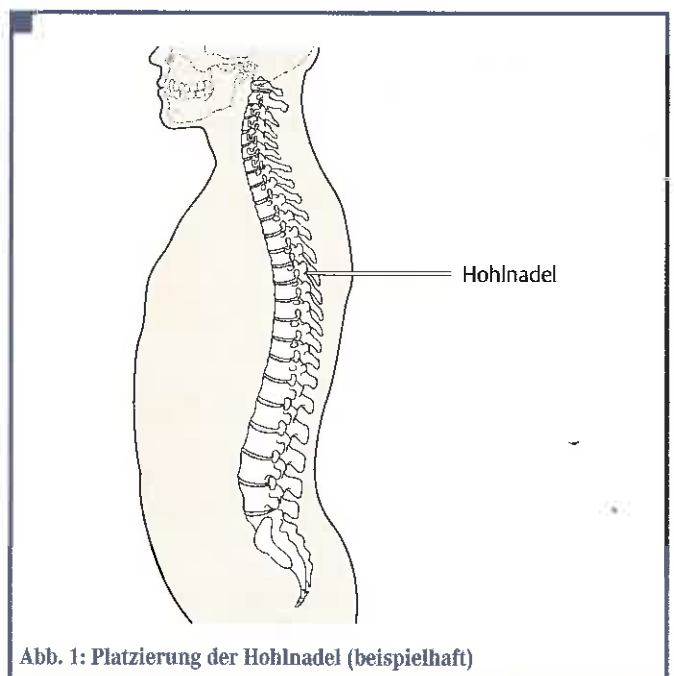


Abb. 1: Platzierung der Hohlnadel (beispielhaft)

ration alleine führt bei osteoporosebedingten Brüchen nicht immer zum gewünschten Erfolg. Daher wird sie manchmal mit einer Ballon-Kyphoplastie kombiniert.

Bei Wirbelkörperbrüchen, die durch einen bösartigen Tumor verursacht werden, stehen die offene operative Tumorentfernung und/oder Bestrahlung im Vordergrund. Eine Ballon-Kyphoplastie kann hier als schmerzlindernde und den Wirbelkörper stabilisierende Maßnahme zum Einsatz kommen.

■ Wie wird der Eingriff durchgeführt?

Der Eingriff wird in der Regel in Vollnarkose durchgeführt. Abhängig von Ihrem speziellen Fall, kann der behandelnde Arzt auch besprechen, ob eine Lokalanästhesie in Frage kommt.

Über Einzelheiten und Risiken der Vollnarkose klärt Sie der Anästhesist gesondert auf.

Falls die Maßnahme ohne Narkose geplant ist, wird zum einen eine lokale Betäubung an den Punktionsstellen durchgeführt, zum anderen können Schmerz- bzw. Beruhigungsmittel über eine Infusionsnadel z.B. in eine Unterarmvene verabreicht werden.

Zum Schutz vor einer Infektion wird Ihnen gegebenenfalls ein Antibiotikum verabreicht.

Der Eingriff erfolgt unter Röntgendurchleuchtung, ggf. unter Zuhilfenahme eines Computertomographen, der Röntgenschnittbilder des Behandlungsbereiches anfertigen kann. Der oder die zu behandelnden Wirbelkörper werden über kleine Hautschnitte von unter 1 cm Länge punktiert. Anschließend werden Hohlnadeln im Wirbelkörper platziert (Abb. 1 u. 2).

Über die liegenden Hohlnadeln werden nun Ballonkatheter eingebracht und vorsichtig aufgedehnt. Hierdurch wird versucht, den eingebrochenen Wirbelkörper wieder in seine ursprüngliche Form aufzurichten.

Nach Entfernung der Ballonkatheter werden u.U. die Durchblutungsverhältnisse des Wirbelkörpers (besonders

der venöse Blutabfluss) durch Einspritzen von Kontrastmittel geprüft. Anschließend erfolgt unter kontinuierlicher Kontrolle im Niederdruckverfahren die Zementeinbringung in den Wirbelkörper.

Nach Kontrolle der Zementverteilung im Wirbelkörper werden die Hohlnadeln wieder entfernt. Zum Wundverschluss genügen in der Regel kleine Pflaster.

Der Eingriff kann auch kombiniert mit einem gleichzeitig offenen operativen Verfahren, dann in der Regel als zusätzlich stabilisierende Maßnahme, durchgeführt werden. In diesem Falle erfolgt der Zugang zum Wirbelkörper über die Operationswunde.

■ Wie sind die Erfolgsaussichten?

Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen sind im Hinblick auf die Schmerzlinderung in ca 80-90 % der Fälle gute bis sehr gute Ergebnisse zu erzielen.

Ein Therapieversagen ist trotz gründlicher Voruntersuchungen möglich und kann unter anderem auch an weiteren degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule liegen.

■ Mögliche Komplikationen

Trotz größter Sorgfalt können bei und nach dem Eingriff Störungen auftreten, die u. U. auch weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern und in der Folge auch **lebensbedrohlich** sein können. Zu nennen sind:

- Selten **Schädigung von Nervenstrukturen** durch den Zugang zum Wirbelkörper oder durch unerwünschten Zementaustritt in den Nervenkanal. Dies kann abhängig von der Lage des behandelten Wirbels zu Gefühlsstörungen oder einer Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit der Extremitäten mit Lähmungen führen. In äußerst seltenen Fällen kann es zu Störungen der Funktion von Blase und Afterschließmuskel mit begleitenden sexuellen Störungen wie Impotenz bzw. Sensibilitätsstörungen im Genitalbereich (Kauda-Syndrom) bis hin zur Querschnittslähmung kommen. In diesen Fällen müssen zur Abklärung der Ursache weitere Untersuchungen (z.B. Kontrastmitteluntersuchungen der Wirbelsäule) durchgeführt werden. Gegebenenfalls wird eine notwendige offene Operation zur Behebung der Ursache nötig. Trotz sofortigem und adäquatem Handeln kann es in seltenen Fällen zu bleibenden Störungen kommen;
- selten eine **Verschleppung des noch flüssigen Knochenzementes** über Blutgefäße (Venen im Knochen und/oder Rückenmarkskanal) in die Lunge (**Lungenembolie**). Dies kann harmlos sein, aber auch **gefährliche Kreislaufstörungen** verursachen;
- selten **Bruch eines benachbarten Wirbelkörpers** durch unerwünschten Austritt größerer Mengen von Knochenzement aus den Bruchspalten des behandelten Wirbelkörpers in die benachbarten Zwischenwirbelräume. Dies kann abhängig vom Zeitpunkt des Bruches entweder zu ausbleibender Schmerzlinderung oder zu neu auftretenden Rückenschmerzen Tage oder Wochen nach der Therapie führen. Zur Schmerzlinderung kann

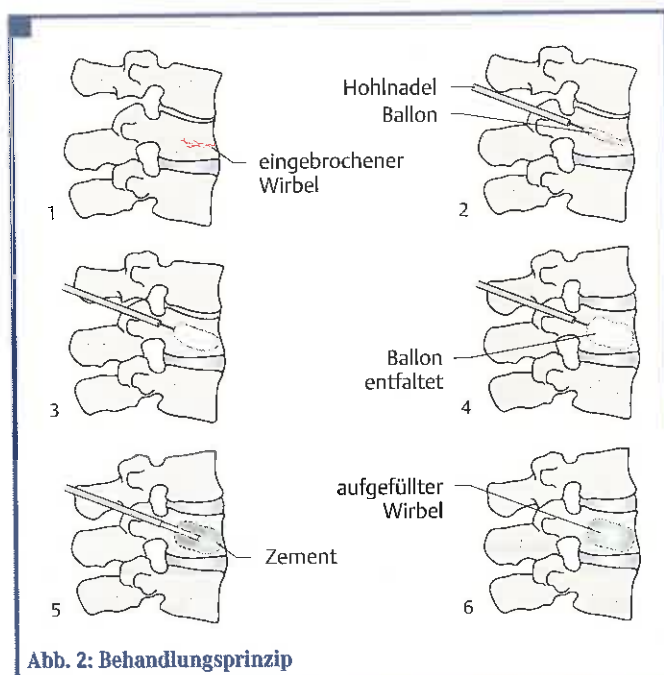


Abb. 2: Behandlungsprinzip

in solchen Fällen eine erneute Kyphoplastie notwendig werden;

- selten kommt es bei Personen mit entsprechender Veranlagung zu **Unverträglichkeitsreaktionen** (Allergie) z.B. gegen Medikamente (Antibiotika, Schmerzmittel) oder Kontrastmittel. **Brechreiz, Juckreiz** oder **Hautausschlag** können die Folge sein. Äußerst selten sind **stärkere Reaktionen** bis hin zu **Kreislaufstillstand, Krampfanfällen** und **Atemstörungen**, die intensivmedizinisch behandelt werden müssen und im ungünstigsten Fall zu bleibenden Organschäden wie z.B. Nierenversagen, Hirnschädigung oder Nervenlähmung führen;
- äußerst selten kann es durch das Kontrastmittel bei schon vorab bestehenden Störungen der Niere bzw. Schilddrüse zur **Verschlechterung der Nierentätigkeit** (bis hin zum dialysepflichtigen Nierenversagen) bzw. zur **Überfunktion der Schilddrüse** (thyreotoxische Krise) kommen. In den meisten Fällen sind diese Störungen durch Infusionen bzw. Medikamente gut behandelbar;
- sehr selten **Infektionen** bis hin zur Keimverschleppung in den Wirbelkörper oder die Blutbahn (Blutvergiftung, Sepsis). Bei tiefergehenden Infektionen des Wirbelkörpers kann eine mehrwöchige strikte Bettruhe zur Behandlung notwendig werden;
- extrem selten kommt es zu schwerwiegenden **Blutungen** z.B. in die Bauchhöhle oder den Nervenkanal. Eine sofortige Operation ist dann notwendig. Sehr selten kann dann eine **Übertragung von Fremdblut oder Fremdblutbestandteilen** notwendig werden. Äußerst selten kann es dadurch zu **Infektionen**, z.B. mit Hepatitis-Viren (Folge: Leberentzündung), extrem selten mit HIV (Spätfolge: AIDS) und/oder anderen Erregern (z.B. von BSE, Variante der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung) kommen;
- sehr selten **Knochenbrüche, z.B. Rippenbrüche**, die in der Regel keiner operativen Behandlung bedürfen. Das Auftreten wird begünstigt bei ausgeprägtem Knochenschwund (Osteoporose);
- sehr selten **Haut-, Weichteil- und Nervenschäden** (z.B. Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Blutergüsse, Verletzung von Hautnerven); sie bilden sich meist von selbst wieder zurück bzw. sind gut behandelbar. In seltenen Fällen kann es zu **bleibenden Beschwerden** (z.B. Schmerzen, Missempfindungen, Taubheitsgefühl bis hin zu Lähmungen, Narben) kommen; das gilt auch für **Druckschäden** trotz ordnungsgemäßer Lagerung während der Operation, wobei extrem selten auch Arm- oder Beinerven geschädigt werden können;
- im Bereich der Brustwirbelsäule sehr selten **Verletzung der Lunge** mit Luftaustritt zwischen Lungenfell und Brustwand (Pneumothorax). Dies kann bei entsprechender Luftnot die Notwendigkeit eines weiteren Eingriffes (Einlage einer Saugdrainage) nach sich ziehen.

Die Strahlenbelastung durch die Röntgendurchleuchtung bei der Ballon-Kyphoplastie ist gering. Summieren sich jedoch medizinisch notwendige, natürliche und täglich von technischen Geräten (z.B. Fernseher, Computer) ausgehende

Strahlung mit der Zeit, sind Gesundheitsschäden nicht ganz auszuschließen. Deshalb wird zuvor der Nutzen einer Röntgendurchleuchtung gegen die damit verbundene Strahlenbelastung abgewogen. Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes durch die Röntgenstrahlen. Teilen Sie deshalb bitte dem Arzt unbedingt mit, falls Sie schwanger sind oder auch nur den Verdacht hegen!

■ Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen persönlich wichtig erscheint (z.B. individuelle Risiken, Behandlungsalternativen). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

■ Worauf ist zu achten?

Vor dem Eingriff:

Medikamente sollten **nur in Absprache mit dem Arzt** verwendet werden, dies gilt insbesondere bei Zuckerkrankheit (Diabetes) und für blutgerinnungshemmende Mittel. **Falls nicht anders angeordnet** und medizinisch vertretbar, sollten blutgerinnungshemmende Medikamente, wie z.B. Aspirin® (ASS), **mindestens 5 Tage vor** der Ballon-Kyphoplastie abgesetzt bzw. nicht eingenommen werden. Falls Sie andere blutgerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar®, Heparin, Plavix®) einnehmen bzw. spritzen, teilen Sie dies bitte Ihrem Arzt frühzeitig mit.

Falls nicht anders angeordnet: Nehmen Sie mindestens 6 Stunden vor der Behandlung keine festen Speisen mehr zu sich. Getränke wie Mineralwasser oder gesüßter Tee sind erlaubt, jedoch keine Milch und kein Alkohol. Nicht rauchen!

Soll die Behandlung in Allgemeinnarkose erfolgen, gelten die Nüchternheitsgebote einer Narkose, über die Sie gesondert informiert werden.

Nach dem Eingriff:

Bitte halten Sie entsprechend den Angaben Ihres Arztes Bettruhe ein (ohne Narkose im Allgemeinen 2–3 Stunden).

Bei Störungen des Allgemeinbefindens (z.B. Juckreiz, Erbrechen, Herzjagen, Atemnot oder zunehmenden Schmerzen) sowie bei Störungen der Bein- oder Armfunktionen (z.B. Lähmungserscheinungen oder Gefühlsstörungen) informieren Sie bitte **unverzüglich** den Arzt oder das Pflegepersonal!

Falls bei Ihnen der Eingriff ambulant durchgeführt wird, lassen Sie sich **nach der Behandlung** bitte unbedingt von einer erwachsenen Begleitperson abholen und stellen Sie für die nächsten 24 Stunden eine Aufsichtsperson sicher. Bitte beachten Sie die vorübergehende **Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit** infolge der Narkose oder der verabreichten Medikamente: Sie dürfen in den ersten 24 Stunden nach der Behandlung kein Kraftfahrzeug oder Zweirad führen, keine gefährlichen Tätigkeiten durchführen (z.B. Arbeiten an gefährlichen Maschinen oder ohne festen Halt), keine wichtigen Entscheidungen treffen, keinen Alkohol trinken und nicht rauchen.

■ Wichtige Fragen

Damit Ihr Arzt Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und spezielle Risiken besser abschätzen kann, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

n = nein j = ja

- 1. Besteht eine **Allergie oder Überempfindlichkeit** (z.B. gegen Jod, Medikamente, Kontrastmittel, Pflaster, örtliche Betäubungsmittel oder Desinfektionsmittel)? n j
- 2. Sind bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel **Hautausschlag, Kreislaufreaktionen oder Juckreiz** aufgetreten? n j
- 3. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. Nasen- oder Zahnfleischbluten, häufig blaue Flecken, Nachbluten nach Operationen, Zahnbehandlungen, kleineren Wunden), oder gibt es bei Ihrer Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu? n j
- 4. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein (z.B. gerinnungshemmende oder schmerzstillende Medikamente wie Aspirin®, Diclofenac®, Ibuprofen®, Marcumar®, Plavix®, Herzmittel)? n j

Wenn ja, welche und wie viel? _____

5. Leiden Sie an einer der folgenden **Krankheiten**?

- Überfunktion der Schilddrüse n j
- Herzerkrankung n j
- Zuckerkrankheit (Diabetes) n j
- Nierenerkrankung n j
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS) n j
- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma oder chronische Bronchitis) n j

6. Wurden Sie bereits früher im **selben Körperabschnitt geröntgt** oder behandelt? n j

Wenn ja, wann und wo? _____

7. Haben Sie einen **Röntgen- oder Allergiepass**? n j

8. **Frauen im gebärfähigen Alter:** n j
Könnten Sie schwanger sein?

■ Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und Komplikationen, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung des Eingriffes, Beschränkung der Einwilligung, spezielle Fragen des Patienten, Gründe für eine Ablehnung)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffes:

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. fortschreitender schmerzhafter Einbruch des Wirbelkörpers mit Fehlstellung der Wirbelsäule) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/
des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

■ Einwilligungserklärung

Über die geplante Behandlung sowie evtl. erforderlich werdende Erweiterungen des Eingriffes wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. _____

ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Vorbereitungs-, Neben- und Folgemaßnahmen und deren Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach angemessener Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Klinikeindruck/Stempel

Operationen bei Verrenkungen und/oder Frakturen von Handwurzelknochen (Karpalknochen)

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Untersuchung ergab eine Verrenkung bzw. einen Bruch der Handwurzelknochen. Die Verletzung sollte operativ behandelt werden. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt (im folgenden nur Arzt) mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden können. Dieses Aufklärungsblatt soll Ihnen helfen, sich auf das Gespräch vorzubereiten.

Wie lautet der Befund?

Bei Ihnen/Ihrem Kind wurden folgende Verletzungen festgestellt:

- Bruch eines Handwurzelknochens (am häufigsten: Kahnbein)
- Bruch mehrerer Handwurzelknochen
- Verrenkung der Handwurzelknochen (am häufigsten: Mondbein)
- Bänderrisse

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

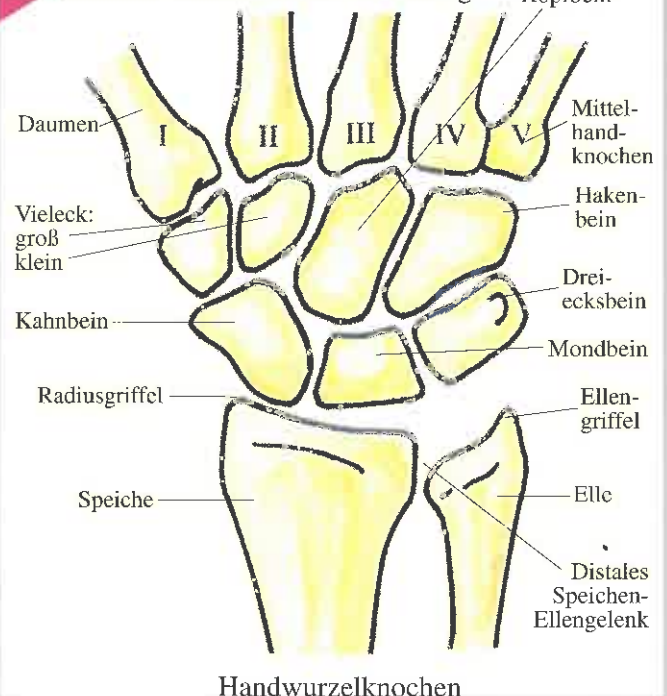
Das Ziel einer Behandlung sowohl beim Knochenbruch als auch beim Bandriß besteht darin, durch Ruhigstellung in der richtigen Position eine korrekte Heilung zu ermöglichen. Dazu müssen unter Umständen Knochenbrüche zunächst eingerichtet werden.

- **Operative Behandlung:**
Die Einrichtung von Knochenbruchstücken an der Handwurzel muß meist operativ erfolgen. Dabei werden die Bruchstücke mit Schrauben, Stiften oder Drähten, evtl. auch mit Hilfe eines äußeren Spanners, festgehalten.
Bei Bänderrissen, die die Stabilität der Handwurzel beeinträchtigen, ist ebenfalls ein operatives Vorgehen mit Naht der gerissenen Bänder erforderlich.

- **Konservative (nichtoperative) Behandlung:**

Ist eine Ausheilung der Verletzung ohne Operation möglich, so wird das Handgelenk durch einen Gips-, Kunststoff- oder Schienenverband in der gewünschten Position gehalten. Für eine zuverlässige Ruhig-

Vereinfachte schematische Darstellung



Handwurzelknochen

stellung des Handgelenkes ist manchmal ein Gips mit Daumeneinschluß, der bis zum Oberarm reicht, erforderlich.

Beide Verfahrensweisen haben Vor- und Nachteile und jeweils ihre eigenen Risiken. Die Auswahl der Behandlungsmethode richtet sich nach der Art des Bruches sowie nach dem Lebensalter und den Lebensumständen des Patienten. Man unterscheidet offene Brüche, bei denen die Haut verletzt ist und im schlimmsten Fall der Knochen freiliegt, von geschlossenen Brüchen ohne Hautbeteiligung. Jedoch können auch bei geschlossenen Brüchen Weichteile wie Muskeln, Nerven, Sehnen oder Blutgefäße verletzt sein.

Ihr Arzt spricht mit Ihnen warum er **in Ihrem Fall/bei Ihrem Kind zur operativen Behandlung** rät.

Wie wird die Operation durchgeführt?

In Oberarmbetäubung (Armplexusanästhesie) oder in Allgemeinnarkose werden die Handwurzelknochen freigelegt und eingerichtet. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Um Blutungen zu verhindern und dadurch eine bessere Übersicht im Operationsgebiet zu erhalten, wird der Eingriff in Blutleere des Armes vorgenommen. Dabei wird das Blut durch Umwickeln des Armes mit einer Gummibinde herausgepreßt. Eine am Oberarm angelegte Druckmanschette verhindert den Rückfluß des Blutes.

Es gibt verschiedene Methoden, um Bruchstücke zu fixieren, die jeweils einzeln oder miteinander kombiniert eingesetzt werden können. Voraussichtlich findet bei Ihnen/Ihrem Kind das folgende im Kästchen angekreuzte Verfahren Anwendung.

Drähte

Die erreichte Stellung der Knochenbruchstücke wird mit Bohrdrähten gehalten. Evtl. sind zusätzlich Drahtschlingen notwendig (Kirschnerdrahtung, Drahtnaht, Zuggurtung). Auch nach Bandnähten ist es häufig erforderlich, bis zur Ausheilung die Stellung der Handwurzelknochen zueinander mit Drähten zu fixieren.

Verschraubung, Verplattung

Metallschrauben evtl. in Kombination mit Metallplatten fixieren die Knochenbruchstücke in der richtigen Stellung.

Fixierung mit einem Gestell (Fixateur extern)

Körpernah und körperfern der Verletzung wird der Knochen mit Metallstäben gehalten, die über ein Gestell, welches außerhalb des Körpers verläuft, verbunden sind.

Sonstige Verfahren: _____

Ist mit Zusatzmaßnahmen zu rechnen?

In manchen Fällen können auch folgende Zusatzmaßnahmen erforderlich werden:

Knochenspäne

Um die Bruchheilung zu verbessern oder um Lücken aufzufüllen, kann eine Knochenverpflanzung vom Becken erforderlich werden.

Offene Brüche mit größeren Weichteilschäden sind einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt. In solchen Fällen wird deshalb oft eine **Kugelmulle** oder ein **Kollagenfließ** als Antibiotikaträger eingelegt.

Die voraussichtliche Dauer und Art der Ruhigstellung in Gips-, Kunststoff- oder Schienenverband wird der Arzt mit Ihnen besprechen.

Das volle Ausmaß der Verletzung ist oft erst während der Operation zu erkennen. Eine unvorhersehbare Änderung oder Erweiterung des geplanten Verfahrens kann dann notwendig werden. Falls keine andere Wahl besteht und die Operation wegen eines erneuten Aufklärungsgesprächs nicht unterbrochen werden kann, müssen wir Ihr ausdrückliches Einverständnis dazu erhalten. Durch die Unterbrechung der Operation würde sich die Behandlung verzögern und das Risiko von Zwischenfällen steigen.

Welche Komplikationen können auftreten?

Trotz größter Sorgfalt kann es während und nach der Operation vereinzelt zu Störungen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen oder Nachoperationen erforderlich machen können. Zu nennen sind:

Während der Operation:

- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Nerven, Gefäße, Sehnen); hierdurch können Nachoperationen erforderlich werden. Nervenverletzungen können trotz operativer Behandlung (Nervennaht) zu dauerhaften Störungen der Gefühlsempfindlichkeit in einem bestimmten Gebiet führen. Lähmungen kommen dagegen kaum vor;
- Druckschäden an Nerven und Weichteilen durch die Blutleere oder Lagerung bei der Operation. Sie sind meist vorübergehend; vereinzelt können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl) zurückbleiben. Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom können nach dem Abheilen Narben hinterlassen.

Nach der Operation:

- Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen (evtl. auch operativ);

- Einblutungen und starke Schwellungen der Weichteile, die trotz konsequenter Hochlagerung auftreten können. Dadurch kann der Verband zu eng werden. Sind die Finger blau oder gefühllos, muß dringlich Abhilfe geschaffen werden;
- Bildung von inneren Narben: Bei der Freilegung des Knochens können Narben verursacht werden, die Sehnen, Nerven oder Kapsel-/Bandstrukturen der Gelenke einbeziehen. Diese Narben können zu funktionellen Beeinträchtigungen führen. Meistens können diese Störungen durch intensive Nachbehandlung behoben werden; selten ist eine Nachoperation erforderlich;
- geringe Fehlstellungen im komplizierten Gefüge der Handwurzelknochen, die sich nicht immer sicher vermeiden lassen. Hieraus können Bewegungseinschränkungen, Schmerzen und vorzeitiger Gelenkverschleiß resultieren;
- eingebrachte Metallteile können die Funktion der Hand behindern. Nach Entfernung des Metalls bessert sich die Beweglichkeit;
- selten Infektionen im Operationsgebiet; trotz medikamentöser und operativer Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. **Sehr selten** entsteht daraus eine chronische Knocheneiterung (Osteitis); hieraus können schwere funktionelle Störungen entstehen, die die Hand dauerhaft beeinträchtigen;
- Narbenstörungen: anlagebedingte, wulstige, dicke Narben bedürfen einer speziellen Narbenbehandlung. Kommt es infolge der Operation zu Narbenzug, der die Bewegung behindert, ist eine Nachoperation erforderlich;
- Bildung eines Falschgelenkes (Pseudarthrose), wenn sich der Heilungsverlauf verzögert und nicht genügend neue Knochensubstanz gebildet wird. In diesen Fällen wird eine Operation mit Knochenverpflanzung (meist vom Beckenkamm) erforderlich;
- **in Ausnahmefällen** schmerzhafte Weichteilschwellung gekoppelt mit funktionellen Durchblutungsstörungen (örtliches Hitze-Kälte-Gefühl), die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe sowie zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung von Gelenken führen kann. Diese **Reflexdystrophie** oder **Sudeck'sche Erkrankung** bedarf dringend einer intensiven speziellen Nachbehandlung;
- bei Kindern: sind bei der Verletzung Wachstumsfugen beteiligt, so kann das Knochenwachstum gestört sein.

Worauf ist zu achten?

- Informieren Sie Ihren Arzt unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen**

(z.B. Kribbeln, Taubheitsgefühl) oder **bläuliche Verfärbungen der Haut, der Finger oder der Nägel** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die sofort behandelt werden müssen, da sonst dauerhafte Schäden entstehen können.

- **Der verbundene Arm** soll anfangs immer und später möglichst oft **hochgelagert werden**; dadurch kann das Blut besser zurückfließen. Anstrengungen des betroffenen Armes sollten vermieden werden. Besprechen Sie daher mit Ihrem Arzt, ab wann eine Belastung des Armes wieder möglich ist!
- Wichtig sind **regelmäßige Übungen**, um eine spätere Einschränkung der Beweglichkeit durch die Ruhigstellung im Verband zu verhindern und um die Blutversorgung des Gewebes unter dem Gips zu verbessern! Daher sollten die Gelenke, die nicht unter dem Verband liegen regelmäßig bewegt (isotonische Übung) und die Muskeln unter dem Gips angespannt werden (isometrische Übung)!
- Achten Sie auf **Lockerung, Bruch oder Erweichung des Verbandes** und suchen Sie Ihren Arzt auf, wenn Sie **Schäden** bemerken! Nur so kann eine ausreichende Ruhigstellung, die für die Heilung erforderlich ist, erreicht werden! Eingesetzte Metallteile können in der Regel nach 12-18 Monaten entfernt werden. In Einzelfällen kann das Metall im Körper verbleiben.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf **Ihre Mithilfe** angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die Ihr Arzt mit Ihnen besprechen wird! In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und häufig auch krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Brüche und Verrenkungen der Handwurzelknochen sind schwere Verletzungen. Trotzdem läßt sich in den meisten Fällen eine Ausheilung erreichen.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint, so z.B.:

- Wie notwendig und dringlich ist die Operation?
- Bestehen persönliche Risiken, die im Aufklärungsblatt nicht erwähnt sind?
- Welche Maßnahmen (z.B. Infusionen, Einspritzungen, Medikamente) sind zur Vorbereitung erforderlich? Ist hierbei mit Komplikationen zu rechnen?
- Gibt es andere Behandlungsmöglichkeiten?

Besprechen Sie bitte mit Ihrem behandelnden Arzt:

- Wann sollen die Fäden entfernt werden?
- Sind krankengymnastische Übungsbehandlungen notwendig?

- Wann ist Duschen oder Baden möglich?
- Wann kann voraussichtlich wieder gearbeitet werden?
- Wann und wo sollen die Nachuntersuchungen erfolgen?

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird von der körperlichen Verfassung und von Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (z.B. Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja

Wenn ja, welche? _____

2. Besteht eine **akute oder chronische Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS)? nein ja

Wenn ja, welche? _____

3. Wurden **Allergien** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeitsreaktionen** z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel, örtliche Betäubungsmittel beobachtet? nein ja

4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja

5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja

6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja

7. Werden **regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel** (z.B. Marcumar, Aspirin) oder **andere Medikamente** (z.B. Herz-, Verhütungsmittel, Hormone) benötigt? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Fragen Sie Ihren Arzt, ob in Ihrem speziellen Fall ein erhöhtes Thrombose- und Embolierisiko (Bildung und Verschleppung von Blutgerinnseln) besteht und ob vorbeugende Maßnahmen (Thromboseprophylaxe) erforderlich sind.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, geplantes Operationsverfahren, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Einwilligungserklärung

- Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes hat mich

Frau/Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.

- Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und **willige** hiermit **nach ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit erforderlichen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

Im Falle einer Ablehnung der Operation:

Der vorgeschlagene Eingriff wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde informiert.

Ort/Datum

Unterschrift der Ärztin/
des Arztes

Unterschrift der Patientin/
des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich sollten beide Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, daß sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder daß sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Patientendaten/Aufkleber

Arthroskopie des Ellenbogengelenkes

(Ellenbogengelenkendoskopie,
Spiegelung des Ellenbogengelenkes)

ggf. mit arthroskopischer Operation

linker Ellenbogen rechter Ellenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

möglicherweise ist das Ellenbogengelenk geschädigt. Mit einer Spiegelung (Arthroskopie) kann dies abgeklärt und sofort behandelt werden (arthroskopische Operation). Vor dem Eingriff wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen nahe-liegende Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in die Operation einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Wie wird arthroskopiert?

Die Arthroskopie erfolgt in Allgemeinnarkose, Teilnarkose oder evtl. in örtlicher Betäubung. Über die Narkoseverfahren klärt Sie der Anästhesist gesondert auf. Um den Blutverlust gering zu halten, wird mit einer Manschette eine Blutsperre angelegt.

Der Arzt führt das optische Instrument (Arthroskop) über einen kleinen Schnitt in das Ellenbogengelenk ein. Weitere Schnitte, um in weitere Abschnitte des Ellenbogengelenkes zu gelangen, sind häufiger notwendig. Das Gelenk wird dann mit Flüssigkeit oder Gas gefüllt, so dass sich der Gelenkinnenraum gut überblicken lässt. Ein zweiter kleiner Zugang ermöglicht es, einen Tasthaken oder ein Operationsinstrument einzuführen. Gelegentlich werden Gewebeteile (z.B. aus der Gelenkhaut) zur weiteren Untersuchung entnommen.

Nach dem Eingriff wird das Ellenbogengelenk ausgespült und die Flüssigkeit abgesaugt. Die kleinen Schnitte werden vernäht.

Mögliche Eingriffe:

- Knorpelglättung
- Entfernung freier Gelenkkörper
- Lösung von Kapselteilen oder Vernarbungen
- Entfernung der Gelenkinnenhaut
- Abtragung von knöchernen Gelenkveränderungen
- Einsatz eines Lasers

Nach Abschluss der Operation werden alle Instrumente aus dem Gelenk entfernt und die Schnitte vernäht.

Bei sehr seltenen, unvorhersehbaren Zwischenfällen führt der arthroskopische Eingriff nicht zum Ziel. Wir bitten Sie schon jetzt um Ihr Einverständnis, den Eingriff dann (z.B. bei Ausfall der technischen Anlage) als offene Operation fortzusetzen, wenn sich dies als notwendig erweist.

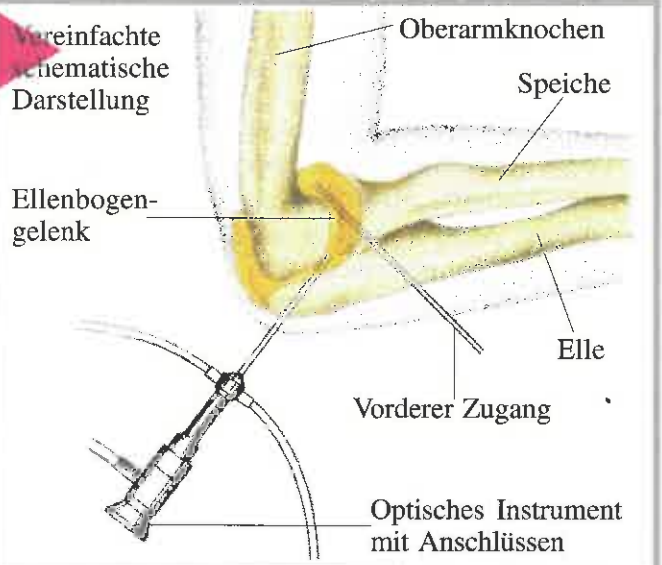
Behandlungsalternativen

Als Alternativen zum vorgeschlagenen Verfahren kommen in manchen Fällen z.B. konservative Behandlung mit Medikamenten, offene Operation, Schonung des Gelenks bzw. Ruhigstellung und/oder Physiotherapie in Frage. Ihr Arzt wird Sie über Alternativen informieren, falls diese für Sie geeignet sind und Ihnen erläutern, warum er in Ihrem Fall die Arthroskopie empfiehlt.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Die Arthroskopie des Ellenbogens ist ein risikoarmes Verfahren. Zwischenfälle und Komplikationen, die ggf. weitere Behandlungsmaßnahmen oder zusätzliche Eingriffe erfordern können, treten nur in Einzelfällen auf. Trotzdem sollten Sie über mögliche Störungen Bescheid wissen:

- Einspritzungen vor, während oder nach der Ope-



Arthroskopie des Ellenbogengelenkes

ration können in seltenen Fällen Haut- und Weichteilschäden (Spritzenabszess, Absterben von Gewebe, Nerven- und Venereizungen) und langandauernde oder dauerhafte Beschwerden (Narben, Schmerzen) zur Folge haben;

- eine Infektion führt zu Schwellung, Schmerzen und Temperaturanstieg. Neben einer Behandlung mit Antibiotika können auch ein oder mehrere operative Eingriffe erforderlich werden. In sehr seltenen Fällen verursacht die Infektion die Zerstörung des Gelenkes mit einer dauerhaften Gelenkversteifung;
- überschießende und kosmetisch/funktionell störende Narben (Keloid) können bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen und eine spätere Korrektur erfordern;
- Thrombo-Embolie: Blutgerinnsel können in Bein- und Beckenvenen – sehr selten im Arm – entstehen (Thrombose), in die Lungen verschleppt werden und lebensgefährliche Kreislaufstörungen verursachen (Embolie). Das Risiko ist erhöht bei bettlägerigen Patienten, Rauchern und bei Einnahme von Hormonpräparaten („Pille“). Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Thromboseprophylaxe) können andererseits Nachblutungen begünstigen;
- kleine Verletzungen der Knorpeloberfläche durch die Operationsinstrumente können vorkommen, bleiben im allgemeinen aber folgenlos;
- gelegentlich bildet sich ein Gelenkerguss, z.B. aufgrund einer Nachblutung; trotz Drainage oder Punktion kann ein Erguss immer wieder auftreten und über Wochen bestehen;
- äußerst selten kommt es zu Verletzungen wichtiger Blutgefäße, die zu stärkeren Blutungen führen und eine Blutübertragung erforderlich machen. Durch die Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen kann es äußerst selten zu Infektionen kommen, z.B. mit Hepatitis-Viren (Folge: Leberentzündung) oder mit HIV (Spätfolge: AIDS). Auch eine Übertragung der Erreger von BSE/vCJK (Folge: fortschreitende Schädigung des Gehirns mit Todesfolge) ist nicht mit zweifelsfreier Sicherheit auszuschließen;
- äußerst selten kommt es zu einer Verletzung von Nerven, die eine meist nur vorübergehende, nur selten dauerhafte Teillähmung des Armes verursachen kann;
- vorübergehende, nur selten dauerhafte Störungen kleiner Hautnerven sind möglich, die zu Berührungsunempfindlichkeit, Taubheitsgefühl oder schmerzhaften Missempfindungen in kleinen Hautbezirken führen können;
- Flüssigkeit oder Gas kann in die benachbarten Weichteile eindringen. Dies tritt vor allem bei Verletzungen des Ellenbogengelenkes auf. Die Einlagerungen sind aber harmlos und meist nach wenigen Stunden resorbiert;

- in seltenen Fällen kommt es zu Druckschäden an Nerven und Weichteilen durch die bei der Operation erforderliche Lagerung. Meist bilden sie sich innerhalb weniger Wochen zurück. In Einzelfällen können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl, schmerzhaftes Missempfindungen) bleiben. Möglich sind auch Hautschäden durch Desinfektionsmittel oder elektrischen Strom. Es können Narben zurückbleiben;
- Verletzungen durch unbeabsichtigtes Abweichen des Laserlichtstrahls sind theoretisch möglich und nicht sicher vermeidbar, sie können zum Absterben von gesunden Gewebestrukturen führen;
- die Mittel zur örtlichen Betäubung können kurzfristiges Kreislaufversagen oder kleine Krampfanfälle auslösen;
- allergische Reaktionen: Nach Einspritzen örtlicher Betäubungsmittel oder anderer Medikamente können Hautrötungen, Schwellung, Juckreiz Übelkeit und – selten – auch ernste Störungen wie z.B. Atemnot, Krämpfe, Herzjagen, Herzrhythmusstörungen und Blutdruckschwankungen bis hin zum lebensbedrohlichen Kreislaufchock auftreten, die u.U. eine intensivmedizinische Behandlung erfordern;
- in Ausnahmefällen kommt es zu einer schmerzhaften Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Arthrofibrose und Sudecksche Erkrankung).

Worauf ist zu achten?

- Handeln Sie bitte unbedingt nach den **Anweisungen Ihres Arztes!**
- Bei ambulanter Arthroskopie lassen Sie sich/Ihr Kind bitte abholen und fragen Sie nach **genauen Verhaltensregeln**. Nehmen Sie **in den nächsten 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr** teil und arbeiten Sie nicht an gefährlichen Maschinen.
- Suchen Sie bei **anhaltendem Schmerz, starker Schwellung** und **Temperaturerhöhung** sofort einen Arzt auf!
- Zur **Vorbeugung einer Thrombose** kann ein blutverdünnendes Medikament nötig sein. Dadurch kann es vermehrt zu Nachblutungen und einer erhöhten Blutungsneigung, z.B. bei weiteren ärztlichen Eingriffen, kommen.
- Der Arm sollte möglichst bald wieder bewegt und gegebenenfalls auch belastet werden. Ob Sie den Arm wickeln sollen, werden wir Ihnen mitteilen.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Meist reicht eine einmalige Spiegelung aus, um Gelenkbeschwerden abzuklären bzw. zu behandeln. Gelegentlich können aber trotz Behandlung die ursprünglichen Beschwerden bestehen bleiben oder

Arthroskopie des Ellenbogengelenkes

einige Zeit nach dem Eingriff neue bzw. erneut die ursprünglichen Beschwerden auftreten. In diesen Fällen ist eine weitere Spiegelung (Re-Arthroskopie) notwendig.

Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig erscheint (z.B. individuelle Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs, alternative Behandlungsmöglichkeiten). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren:

Was der Arzt wissen sollte...

Um Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

- Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
Wenn ja, welche? _____
- Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, AIDS)? nein ja
Wenn ja, welche? _____
- Wurden **Allergien** oder **Überempfindlichkeitsreaktionen**, z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente (z.B. Jod), Nahrungsmittel, Metalle, beobachtet? nein ja
- Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
- Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja
- Kam es zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (**Thrombose, Embolie**)? nein ja
- Werden **regelmäßig Medikamente** benötigt (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar oder Aspirin, Hormone)? nein ja
Wenn ja, welche? _____
- Frauen im gebärfähigen Alter:** Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Fragen des Patienten, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung des Eingriffes, Beschränkung der Einwilligung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffes

Nach erfolgter Aufklärung wurde

- die Arthroskopie abgelehnt.
- die arthroskopische Operation abgelehnt.
- über mögliche Nachteile der Ablehnung informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

- Über die geplante Arthroskopie/arthroskopische Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über Risiken und Komplikationen, stellen.

- Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und **willige** hiermit **nach ausreichender Bedenkzeit ein** in die Arthroskopie. arthroskopische Operation. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich sollten **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnete zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Klinikeindruck/Stempel

Operationen bei Riß der Achillessehne

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchung ergab eine Verletzung der Achillessehne, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden können. Dieses Aufklärungsblatt soll Ihnen helfen, sich auf das Gespräch vorzubereiten.

Wie entsteht ein Achillessehnenriß?

Die Achillessehne zieht von den Muskelgruppen des Wadenbeins zur Ferse (s. Abb.) und vermittelt Bewegungen im Sprunggelenk. Ursachen für einen Riß der Sehne können Verschleißerscheinungen, Überlastung oder auch äußerliche Krafteinwirkungen sein, wie z.B. ein Schlag.

Vereinfachte schematische Darstellung



Welche Verletzung liegt vor?

Der Arzt wird Ihnen erläutern, welche Verletzung bei Ihnen festgestellt wurde:

- Teilweiser Riß
- Vollständiger Riß
- Knöcherner Ausriß aus dem Fersenbein

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Alle Behandlungsmethoden haben jeweils Vor- und Nachteile sowie spezifische Risiken. Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten der Versorgung:

- Die **konservative Vorgehensweise** umfaßt die Anwendung von ruhigstellenden Verbänden in Spitzfußstellung oder von speziellen Stiefeln. Diese Methoden führen leider nicht immer zu einer bleibenden Besserung der Beschwerden.
- Eine **Operation** verspricht bei Ihnen die größte Aussicht auf Erfolg.

Wie wird die Operation durchgeführt?

Vor Operationsbeginn legt der Arzt mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperrung an. So kann der Eingriff in Blutleere durchgeführt werden.

Die Sehnenstümpfe werden vernäht und/oder mit einem Fibrinkleber verklebt. Die Nahtstelle kann zusätzlich mit einer dünnen Sehne, die neben der Achillessehne verläuft, verstärkt werden. Mit dieser Sehne wird die Achillessehne durchflochten oder überdeckt. Der Verlust der dünnen Sehne beeinflusst die Funktionsfähigkeit des Fußes nicht.

Bei älteren Achillessehnen-Verletzungen ist unter Umständen eine Sehnenverlagerung oder -verpflanzung notwendig.

Bei einem knöchernen Ausriß der Achillessehne aus dem Fersenbein, wird das abgerissene Knochenstück mit dem Fersenbein verschraubt.

Welches Betäubungsverfahren wird eingesetzt?

Der vorgesehene Eingriff wird in Vollnarkose oder Teilnarkose durchgeführt. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens klärt Sie der/die Anästhesist/in gesondert auf.

Allgemeine Gefahren operativer Eingriffe

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja

Wenn ja, welche? _____

2. Leiden Sie an einer **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis)? nein ja

Wenn ja, an welcher? _____

3. Wurden **Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen**, z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel, Metalle, beobachtet? nein ja

4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja

5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja

6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von **Blutgerinnseln** (Thrombose, Embolie)? nein ja

7. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel, wie Marcumar, Aspirin oder Hormone)? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Fragen Sie die Ärztin/den Arzt, ob

ein erhöhtes Thrombose- und Embolierisiko besteht, ob also mit der Bildung und Verschleppung von Blutgerinnseln zu rechnen ist und ob vorbeugende Maßnahmen (Thromboseprophylaxe) erforderlich sind. Notwendige Maßnahmen zur Beeinflussung der Blutgerinnung können zu vermehrten Nachblutungen führen.

Mögliche Zwischenfälle während der Operation

Trotz größter Sorgfalt können während der geplanten Operation vereinzelt Zwischenfälle auftreten. Zu nennen sind:

- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Nerven, Blutgefäße), die meist keiner Behandlung bedürfen und in der Regel folgenlos bleiben.
- Druckschäden an Nerven und Weichteilen, infolge der Lagerung bei der Operation. Sie sind meist vorübergehend; vereinzelt können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl) oder Narben zurückbleiben. Das gilt auch für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom.

Mögliche Störungen und Spätfolgen nach der Operation?

Auch nach der Operation können in Einzelfällen Störungen auftreten. Zu nennen sind:

- Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen;
- Bildung und Verschleppung von Blutgerinnseln, bis hin zum Verschuß von Blutgefäßen (Thrombose, Embolie);
- Infektionen im Operationsgebiet; trotz Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Selten entsteht daraus eine Sehnen-eiterung, die in extremen Ausnahmefällen zum Verlust der Sehne führen kann.

Operationen bei Riß der Achillessehne

- überschießende und störende Narben (Keloid), die bei einer entsprechenden Veranlagung oder nach einer Wundinfektion entstehen können.
- vorübergehende, aber auch bleibende Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden bis hin zur Teillähmung des Beines durch die Blutsperrung; derartige Störungen sind extrem selten und lassen sich im allgemeinen gut behandeln.

Die meisten der genannten Komplikationen können Nachoperationen erforderlich machen.

Worauf ist nach der Operation zu achten?

- Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls **Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen oder Verfärbungen der Haut** auftreten, auch wenn es Ihnen selbst belanglos erscheint. Es kann sich dabei um Durchblutungs- oder Nervenstörungen handeln, die rasch behandelt werden müssen.
- Nach der Operation ist für einige Zeit eine Ruhigstellung mit einem festen **Verband** notwendig. Dadurch kann es nach Abnahme des Verbandes zu vorübergehenden Bewegungseinschränkungen kommen.
- Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur **Nachbehandlung**, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden. In der Regel sind Kontrolluntersuchungen und krankengymnastische Übungsbehandlungen erforderlich.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

In den meisten Fällen kann die volle Funktionsfähigkeit der Achillessehne wieder hergestellt werden. Allerdings können sich schmerzhafte Narben bilden und die Funktion der Sehne kann gestört sein, wenn ausgedehnte Zerstörungen vorlagen.

Es kann auch bei optimaler Behandlung zu einem erneuten Riß kommen. Dann ist eine weitere Operation erforderlich.

Fragen zum Aufklärungsgespräch:

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig erscheint, so z.B.:

- Wie notwendig und dringlich ist die Operation?
- Bestehen persönliche Risiken, die im Aufklärungsbblatt nicht erwähnt sind?
- Welche Maßnahmen (z.B. Infusionen, Einspritzungen, Medikamente) sind zur Vorbereitung oder während der Operation erforderlich?

Patientendaten/Aufkleber

Bursitis-Operation (Operation eines Schleimbeutels)

- am Ellenbogengelenk
- am Kniegelenk
- am Hüftgelenk
- _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchungen ergaben die Erkrankung eines Schleimbeutels, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes sowie Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Warum ist die Operation nötig?

Verletzungen und Entzündungen eines Schleimbeutels können zu Eiterungen führen, die auf das benachbarte Gelenk übergreifen und sich im ganzen Körper ausbreiten können. Auch wenn Schwellung und Rötung vorübergehend zurückgehen, bleiben die Ursachen der Erkrankung mit ihren Gefahren bestehen. Wir empfehlen Ihnen die Entfernung des Schleimbeutels, da andere Behandlungsmethoden, wie Ruhigstellung, Medikamente oder Punktion nicht erfolversprechend sind.

Wie wird operiert?

Der Eingriff kann in örtlicher Betäubung, Teil- oder Vollnarkose erfolgen. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Unter Umständen wird vor Operationsbeginn mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperrung angelegt. So kann der Eingriff in Blutleere durchgeführt werden. Der Schleimbeutel wird dann vorsichtig vom benachbarten Gewebe abgelöst und entfernt. Manchmal ist nach dem Eingriff ein fester Verband, wie z.B. Gips oder Schiene, notwendig.

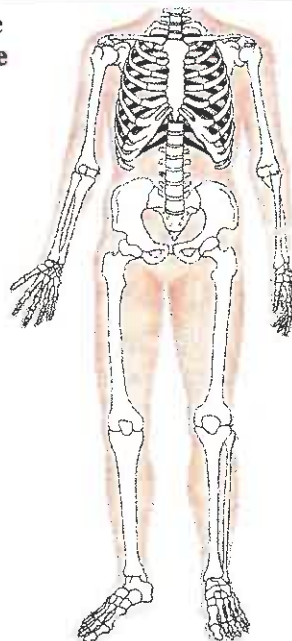
Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Die Operation stellt einen risikoarmen Routineeingriff dar. Trotz größter Sorgfalt können jedoch in Einzelfällen Störungen auftreten. Zu nennen sind:

- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Blutgefäße, Sehnen, Nerven), die in der Regel folgenlos bleiben, unter Umständen aber zu vorübergehenden oder dauerhaften Schädigungen (z.B. äußerst seltenen Lähmungen) führen können;
- Infektionen im Operationsgebiet, die z.B. mit Antibiotika, unter Umständen aber auch mit einer Nachoperation behandelt werden müssen;
- Narbenstörungen; gelegentlich bilden sich auffällige oder schmerzhaft Narben (Narbenwucherung). Eine Korrekturoperation kann erforderlich werden;

- Ansammlung von Wundflüssigkeit an der Operationsstelle, die eventuell durch eine Punktion oder eine Nachoperation entfernt werden muss;
- vorübergehende, aber auch bleibende Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden bis hin zu Teillähmungen durch eine eventuell angelegte Blutsperrung; derartige Störungen sind extrem selten und lassen sich im allgemeinen gut behandeln;
- Überempfindlichkeitsreaktionen auf das örtliche Betäubungsmittel, die sich z.B. als Hautausschlag äußern. Kreislaufversagen oder ähnliche schwerwiegende Reaktionen, die eine stationäre Behandlung erfordern, treten nur sehr selten auf;
- in Ausnahmefällen eine schmerzhaft Weichteilschwellung, die über längere Zeit zum Abbau von Muskel- und Knochengewebe und zu Bewegungseinschränkungen bis hin zur Versteifung führen kann (Sudeck'sche Erkrankung);

Vereinfachte schematische Darstellung



- falls nicht der ganze Schleimbeutel entfernt wurde, kann er sich neu bilden und eine erneute Entzündung hervorrufen (Rezidiv).

Ambulante Operation?

Wird die Operation **ambulant** durchgeführt, lassen Sie sich bitte abholen und fragen Sie nach genauen Verhaltensregeln. Wenn Betäubungs-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel verabreicht wurden, dürfen Sie vorübergehend nicht aktiv am **Straßenverkehr** teilnehmen, nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. bei kleinen Verletzungen oder Zahnbehandlung)? nein ja
2. Entstehen leicht **blaue Flecken**, auch ohne besonderen Anlass, oder gibt es bei Ihrer Blutsverwandtschaft eine Anlage dazu? nein ja
3. Werden regelmäßig **blutgerinnungshemmende Mittel** (z.B. Marcumar, Aspirin) oder **andere Medikamente** benötigt? nein ja
4. Besteht eine **Allergie/Überempfindlichkeit** z.B. auf Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungs- oder örtl. Betäubungsmittel? nein ja
5. Besteht eine **Herz- oder Lungenkrankheit** (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma) oder tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? nein ja
6. Ist der **Blutdruck erhöht**? nein ja
7. Besteht eine **Schilddrüsenüberfunktion**? nein ja
8. Leiden Sie an einer **chronischen Erkrankung** (z.B. Epilepsie, grüner Star)? nein ja
9. Besteht eine **akute oder chronische Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? nein ja
10. **Für Frauen im gebärfähigen Alter:**
Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint (z.B. individuelle Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Gespräches nicht zu vergessen:

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und damit verbundene Komplikationen; Nebeneingriffe; Folgemaßnahmen; mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Behandlung; Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum Gesprächsdauer Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffs

Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgreicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. Fortschreiten der Beschwerden) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

- Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über Risiken und mögliche Komplikationen und über Neben- und Folgeeingriffe stellen.

- Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Operation **ein**. Mit während der Operation erforderlicher Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Patientendaten/Aufkleber

Operation bei Epikondylitis (Tennisarm)

- rechts links
 beidseits

Die Operation ist für den _____ geplant.
 (Datum)

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Untersuchung ergab eine Erkrankung des Ellenbogens (Epikondylitis, sog. „Tennisarm“), die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Was ist ein „Tennisarm“ ?

Einige Muskeln des Unterarmes sind über einen sehnen Ansatz mit der Außenseite des Ellenbogens verbunden (s. Abb.). Starke Belastungen können zu entzündlichen Erscheinungen am Sehnenansatz führen, die bei bestimmten Bewegungen Schmerzen verursachen. Meist ist der Sehnenansatz der Streckmuskulatur, manchmal auch der Beugemuskulatur, betroffen. Ursachen sind oft körperliche Anstrengungen, z.B. beim Sport oder im Beruf.

Da andere Behandlungsmethoden wie Ruhigstellung, Medikamente oder Krankengymnastik nicht zur dauerhaften Besserung der Beschwerden führen, **empfehlen wir Ihnen die Operation.**

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff kann in Vollnarkose, Teilnarkose oder örtlicher Betäubung durchgeführt werden. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Vor Operationsbeginn legt der Arzt mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperrung an. So kann der Eingriff in Blutleere erfolgen. Der Sehnenansatz der betroffenen Muskelgruppe wird teilweise vom Ellenbogenknochen abgetrennt, um die Spannung zu mindern. Nerven, die den Schmerz aus dem betroffenen Bereich weiterleiten, können durchtrennt werden, um eine Schmerzlinderung zu erreichen. Dabei bleibt die Funktionstüchtigkeit des Armes und des Ellenbogens erhalten.

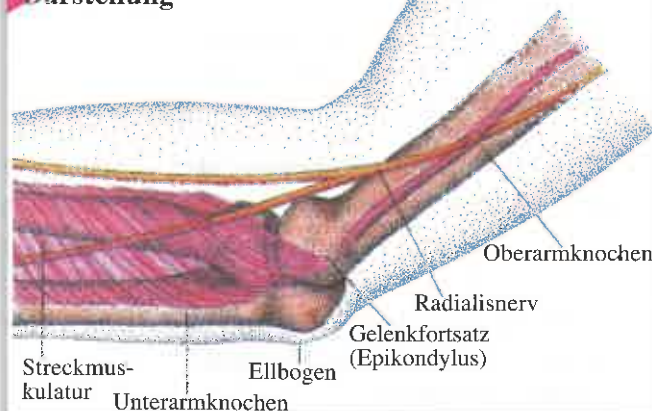
Anschließend erfolgt häufig eine vorübergehende Ruhigstellung des Armes durch einen festen Verband.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

In der Regel handelt es sich um einen risikoarmen Routineeingriff. Trotz größter Sorgfalt können jedoch vereinzelt Zwischenfälle auftreten, die weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern. Zu nennen sind:

- Überempfindlichkeitsreaktionen auf das örtliche Betäubungsmittel, die sich z.B. als Hautausschlag äußern; lebensbedrohliche Kreislaufstörungen oder ähnliche Reaktionen, die eine stationäre Behandlung erfordern, treten nur sehr selten auf;
- Verletzungen benachbarter Gewebe (z.B. Muskeln, Sehnen), die in der Regel keiner Behandlung bedürfen; Nervenverletzungen können trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. Missempfindung, Teillähmung der Hand verursachen;
- Nachblutungen und Blutergüsse, die behandelt werden müssen;
- Infektionen im Operationsgebiet, die z.B. mit Antibiotika, unter Umständen aber auch mit einer Nachoperation behandelt werden müssen;
- bleibendes Schmerzgefühl im operierten Gebiet;
- Spritzenabszess, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können in seltenen Fällen langdauernde Beschwerden (Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für Druckschäden infolge

Vereinfachte schematische Darstellung



der bei der Operation notwendigen Lagerung sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;

- Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden bis hin zur Teillähmung des Armes durch die Blutsperrung; derartige Störungen sind extrem selten und lassen sich im allgemeinen gut behandeln;
- Narbenstörungen; gelegentlich bilden sich auffällige oder schmerzhaft Narben (Keloide). Eine Korrekturoperation kann erforderlich werden;
- bei zu früher Belastung oder überschießender Narbenbildung können Nähte an Muskeln und Sehnen reißen und weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern.

Worauf ist zu achten?

Bei **ambulatem** Eingriff kann das Reaktionsvermögen durch Narkose, Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäubungsmittel vorübergehend beeinträchtigt sein. Lassen Sie sich deshalb bitte abholen. Sorgen Sie für eine ständige Aufsicht in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff. Ferner sollten Sie in diesem Zeitraum nicht aktiv am **Straßenverkehr** teilnehmen, kein Fahrzeug steuern, nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Nach der Operation wird der Arm eventuell für einige Zeit mit einem Verband ruhiggestellt. Dadurch kann es nach Abnahme des Verbandes zu vorübergehenden Bewegungseinschränkungen kommen. Bitte trainieren Sie Ihre Fingerbeweglichkeit bereits unmittelbar nach dem Eingriff. Vermeiden Sie es aber, die Hand nach unten zu halten.

Was der Arzt wissen sollte ...

Um Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Besteht eine **erhöhte Blutungsneigung** (z.B. bei kleinen Verletzungen oder Zahnbehandlung) oder entstehen leicht **blaue Flecken**? nein ja
2. Nehmen Sie regelmäßig **blutgerinnungshemmende Mittel** (z.B. Marcumar, Aspirin) oder **andere Medikamente** ein? nein ja
3. Besteht eine **Allergie** (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit** (z.B. gegen Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel)? nein ja
4. Besteht eine **Herz- oder Lungenkrankheit** (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma) oder tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? nein ja
5. Ist der **Blutdruck erhöht**? nein ja
6. Besteht eine **Schilddrüsenüberfunktion**? nein ja
7. Leiden Sie an einer **chronischen Erkrankung** (z.B. Epilepsie, grüner Star)? nein ja
8. Besteht eine **akute oder chronische Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)? nein ja
9. **Für Frauen im gebärfähigen Alter:** Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Fragen Sie den behandelnden Arzt

nach allem, was Ihnen noch unklar erscheint, insbesondere auch nach **Richtlinien zur Nachbehandlung** (z.B. körperliche Belastbarkeit, Wiederaufnahme der Arbeit, Wiedervorstellungstermine in der Klinik/Praxis etc.).

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe des Patienten für die Ablehnung, Beschränkung der Einwilligung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung des Eingriffs

Die vorgeschlagene Operation wurde nach eingehender Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. weitere Bewegungseinschränkung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/
des Arztes

Unterschrift der Patientin/des
Patienten/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes hat mich

Frau/Herr Dr. _____ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über die Art und Bedeutung des Eingriffes, über die in meinem Fall speziellen Risiken und möglichen Komplikationen und über Neben- und Folgemaßnahmen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und **willige** hiermit in die geplante Operation **ein**. Mit unvorhersehbaren, erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden. Mein Einverständnis bezieht sich auch auf eine ggf. medizinisch notwendige Blutübertragung.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Klinikeindruck/Stempel

Weichteilgeschwulst der Körperoberfläche

Die Operation ist für den _____ geplant.
(Datum)

Patientendaten/Aufkleber

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind wurde eine Weichteilgeschwulst der Körperoberfläche festgestellt, die operativ behandelt werden sollte. Vor der Operation wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über die Notwendigkeit und Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen des geplanten Eingriffes kennen, damit Sie sich entscheiden und in den Eingriff einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Welche Gefahren bestehen ohne Behandlung?

Die meisten Weichteilgeschwülste der Körperoberfläche sind gutartig. Sie können von Haut, Fettgewebe, Blutgefäßen, Nerven, Muskelhäuten, Muskulatur, Sehnen oder Gelenkkapseln ausgehen.

Eine Geschwulst kann wachsen und benachbarte Gewebe (z.B. Nerven, Blutgefäße, sogar Knochen) verdrängen, durch Druck schädigen und Beschwerden (Schmerzen) verursachen (s. Abb. 2). Die seltenen bösartigen Geschwülste (Weichteilsarkome) können in gesundes Gewebe eindringen und sich außerdem über Lymph- und Blutgefäße ausbreiten.

Behandlung ohne Operation?

Im vorliegenden Fall ist eine Heilung „von selbst“ (Spontanheilung) nicht zu erwarten. Ohne Operation ist eine Klärung, ob die Geschwulst gut- oder bösartig ist, nicht möglich.

Wie wird operiert?

Die Operation kann in Vollnarkose oder Regionalbetäubung erfolgen. Über Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt. Die Geschwulst wird nach Möglichkeit mit einem Saum von gesundem Gewebe („im Gesunden“) ausgeschnitten. Weichteile und Haut werden direkt vernäht. Falls eine größere Lücke in der

Vorläufige Diagnose:

Schema zum Einzeichnen des Befundes

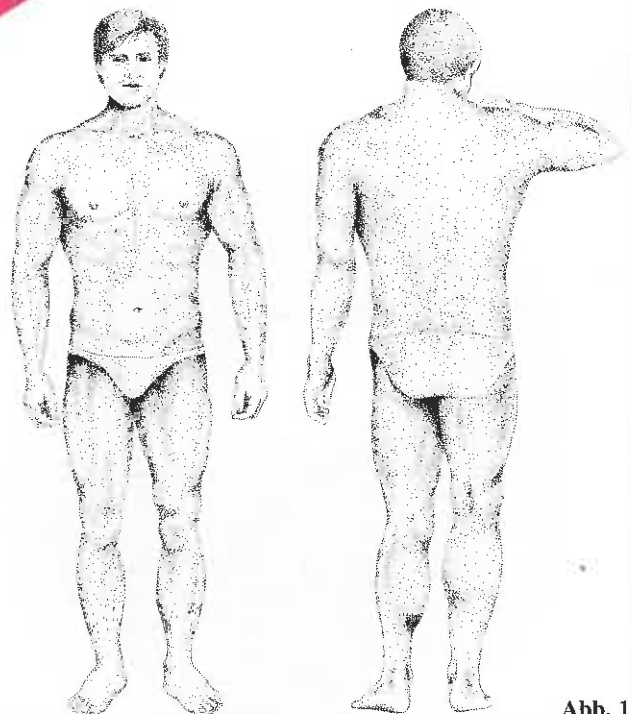


Abb. 1

Weichteilgeschwulst der Körperoberfläche

Haut verbleibt, kann eine Hautverpflanzung oder -verschiebung notwendig werden.

Schnellschnittuntersuchung?

Fragen Sie bitte den behandelnden Arzt, ob während des Eingriffes eine feingewebliche (histologische) Untersuchung geplant ist.

Erweiterung des Eingriffes?

Nach der Schnellschnittuntersuchung ist mit einer Erweiterung des geplanten Eingriffes zu rechnen. Folgende Maßnahmen kommen dann in Betracht:

- Ausschneiden einer Sehne/Sehnenscheide;
- Ausschneiden eines Schleimbeutels;
- Ausschneiden der Muskelhaut (Faszie);
- Ausschneiden eines Muskels;
- Ausschneiden einer Muskelgruppe (Kompartiment-Resektion);
- Ausräumung von Lymphabflusswegen (Lymphdissektion);
- Mitentfernung gesunder Nerven und/oder Blutgefäße;
- Durchtrennung und Abtragung von Gliedmaßen (Amputation);
- wiederherstellende Maßnahmen an Muskeln/Sehnen (z.B. Naht, Verpflanzung);
- wiederherstellende Maßnahmen an der Haut (Verpflanzung, Verschiebung eines Hautlappens evtl. mit Blutgefäßen und Gefäßnaht);
- besondere Maßnahmen zur Ruhigstellung nach der Operation: _____

Vereinfachte schematische Darstellung

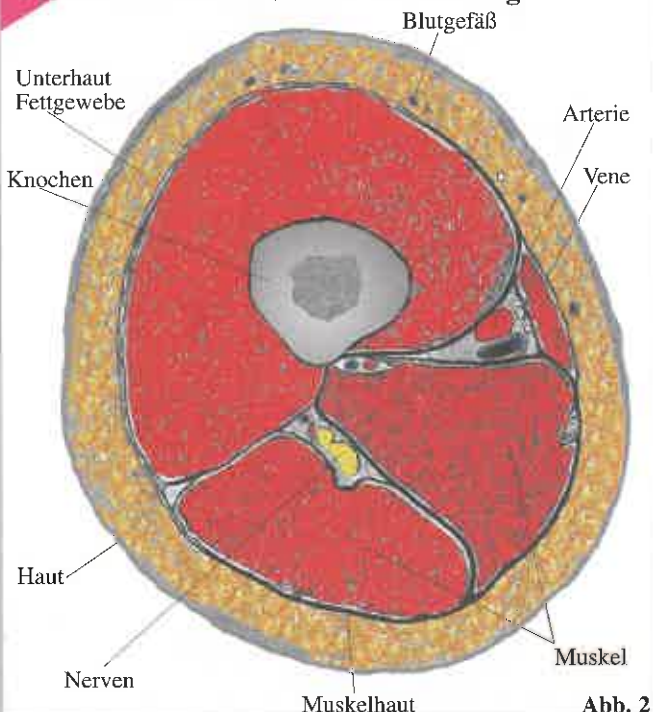


Abb. 2

Über Vor- und Nachteile, Risiken und unvermeidbare Folgen dieser Maßnahmen wird Sie der behandelnde Arzt ggf. gesondert aufklären.

Mögliche Zwischenfälle bei und nach der Operation?

In der Regel verläuft die Entfernung der Weichteilgeschwulst ohne ernste Komplikationen. Trotz größter Sorgfalt kann es insbesondere bei ungünstigem Sitz der Geschwulst oder nach Voroperationen vereinzelt zu Zwischenfällen kommen, die eine Erweiterung des Eingriffes und/oder eine Nachbehandlung erfordern. Zu nennen sind insbesondere:

- Überempfindlichkeitsreaktionen auf Betäubungsmittel, auf Medikamente oder Latex können sich durch Brechreiz, Juckreiz und Hautausschlag zeigen, die meist von selbst abklingen. Äußerst selten kann es zu lebensgefährlichen Herz- und Kreislaufreaktionen kommen, die zu Schäden an Nieren und Nervensystem führen und längere stationäre Behandlung erfordern;
- Verletzungen wichtiger Blutgefäße und starke Blutungen kommen bei der Entfernung einer oberflächlichen Geschwulst so gut wie nie vor. Wenn die Geschwulst jedoch tief reicht oder (z.B. wegen Bösartigkeit) tief ausgeschnitten werden muss, so ist damit zu rechnen. Verletzte Blutgefäße können sofort genäht bzw. durch Kunststoff- oder Venenstücke ersetzt werden. Sehr selten kann es in der Folge einer Blutübertragung zu Infektionen z.B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung) und/oder extrem selten mit HIV (Spätfolge AIDS) kommen;
- Nachblutung: Bei Ablösung von Unterbindungen, zu früher Belastung der operierten Körperregion oder gestörter Blutgerinnung können in den ersten Tagen Blutungen einsetzen. Sie bedürfen nur äußerst selten des Blutersatzes mit den genannten Infektionsrisiken;
- die Schädigung von Haut- und Muskelnerven ist bei kleinen, oberflächlichen Geschwülsten sehr unwahrscheinlich, bei ausgedehnten Eingriffen aber nicht sicher zu vermeiden. Wichtige Nerven können sofort oder später genäht oder durch Verpflanzung ersetzt werden. Als Langzeitfolge einer Nervenschädigung können Empfindungsstörungen (Taubheitsgefühl, verstärkte Schmerzempfindlichkeit) oder Lähmungen auftreten;
- Spritzenabszesse, Haut- und Weichteilschäden, Nerven- und Venenreizungen infolge von Einspritzungen vor, bei oder nach der Operation können bleibende Beschwerden (Narben, Missempfindungen) zur Folge haben; das gilt auch für Druckschäden infolge der bei der Operation notwendigen Lagerung sowie für Hautschäden durch Desinfektionsmittel und/oder elektrischen Strom;

Weichteilgeschwulst der Körperoberfläche

- **Schwellungen** infolge von Infektionen, Blutergüssen, Verschluss der Blut- und Lymphgefäße können vereinzelt die Heilung verzögern;
- **Wundinfektion:** In Einzelfällen verursachen Krankheitserreger in der frischen Wunde Entzündungen (Eiterung, verzögerte Heilung) und in der Folge oft auffällige/störende Narben;
- **Nahtbruch:** Eine frische Wunde kann bei Vereiterung oder zu früher Belastung aufplatzen und muss dann erneut versorgt werden;
- **Thrombo-Embolie:** Bei bettlägerigen Patienten können in Bein- und Beckenvenen Blutgerinnsel entstehen (Thrombose), in die Lungen verschleppt werden (Embolie) und lebensgefährliche Kreislaufstörungen verursachen. Die Vorbeugung/Beeinflussung der Blutgerinnung durch Medikamente (Thromboseprophylaxe) kann andererseits Nachblutungen begünstigen;
- **überschießende** oder **verbreiterte Narben** (Keloid) können kosmetisch und/oder funktionell stören. Die Beweglichkeit eines Gelenkes kann durch Weichteilschrumpfung z.B. nach langdauernder Ruhigstellung, bei Durchblutungsstörungen, nach zusätzlicher Bestrahlung oder durch eine schrumpfende Narbe beeinträchtigt sein.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Durch die Operation wird in den meisten Fällen eine sichere Abheilung der Geschwulst erreicht.

Ob mit weiterer Behandlung (Medikamente, Bestrahlung) oder Rückfällen zu rechnen ist, hängt von der Art der Geschwulst und von der Vollständigkeit der Entfernung ab.

Ambulante Operation?

Nach **Ausschluss wesentlicher Risikofaktoren** kann die Operation auch **ambulant** durchgeführt werden. Falls dies bei Ihnen vorgesehen ist, fragen Sie Ihren Arzt nach genauen Verhaltensregeln.

Beachten Sie bitte, dass nach der Narkose/Betäubung bzw. nach Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln das **Reaktionsvermögen vorübergehend beeinträchtigt ist**. Daher lassen Sie sich/Ihr Kind bitte abholen. Sorgen Sie für eine ständige Aufsicht in den nächsten 24 Stunden nach dem Eingriff.

Ferner sollten Sie/sollte Ihr Kind im selben Zeitraum **nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen**, kein Fahrzeug steuern, nicht an gefährlichen Maschinen arbeiten und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Bei **Schmerzen, stärkeren Blutungen** oder **Fieber** sollten Sie unverzüglich Ihren behandelnden Arzt oder die Klinik aufsuchen.

Fragen zum Aufklärungsgespräch

Im Aufklärungsgespräch sollten Sie nach allem fragen, was Ihnen wichtig oder noch unklar erscheint

(z.B. individuelle Risiken, Dringlichkeit des Eingriffs). Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen zu notieren, um diese während des Aufklärungsgesprächs nicht zu vergessen:

Richtlinien zur Nachbehandlung?

Besprechen Sie bitte vor der Entlassung:

- Wann sollen Fäden/Klammern entfernt werden?
- Sind ruhigstellende Verbände erforderlich?
- Wie lange soll die Drainage belassen werden?
- Wann ist Baden, wann Duschen möglich?
- Sind Medikamente (Menge, Dauer) einzunehmen?
- Ist mit eingreifenden weiteren Behandlungsmaßnahmen (z.B. Strahlen- oder Chemotherapie) zu rechnen?
- Sind krankengymnastische Übungen durchzuführen?
- Wann kann wieder Sport getrieben werden?
- Wann ist die Wiederaufnahme der Arbeit/Schulbesuch möglich?
- Sind Nachuntersuchungen erforderlich? Wann und wo?

Was der Arzt wissen sollte ...

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird durch körperliche Verfassung und Vorschäden beeinflusst. Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sind **Störungen des Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit) oder **wichtiger Organe** (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt? nein ja
Wenn ja, welche? _____
2. Besteht zur Zeit eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis/AIDS)? nein ja
3. Wurden **Allergien/Überempfindlichkeiten** (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente Nahrungsmittel) beobachtet? nein ja

Weichteilgeschwulst der Körperoberfläche

4. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (Zahnbehandlung) zu **verstärkter Blutung/Blutverlusten**? nein ja
 Waren **Blutübertragungen** nötig? nein ja
5. Kam es früher bei Wunden zu **Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung**? nein ja

Fragen speziell an Erwachsene:

6. Kam es zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (**Thrombosen, Embolie**)? nein ja
7. Werden **regelmäßig Medikamente** (z.B. Herz-, Schmerz-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar oder Aspirin, Hormone) benötigt? nein ja
 Wenn ja, welche? _____
8. Rauchen Sie **Zigaretten**? nein ja
 Wenn ja, wieviel/Tag? _____
9. Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**? nein ja
 Wenn ja, was und wieviel pro Tag? _____

- 10. Für Frauen im gebärfähigen Alter:**
 Könnten Sie schwanger sein? nein ja

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und damit verbundene mögliche Komplikationen, Nebeneingriffe, Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Operation, Gründe für die Ablehnung, Betreuungsfall)

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Nur für den Fall einer Ablehnung der Operation
 Die vorgeschlagene Operation wurde nach erfolgter Aufklärung abgelehnt. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile (z.B. Vergrößerung der Geschwulst, Funktionsbehinderung) wurde informiert.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*/ggf. des Zeugen

Einwilligungserklärung:

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde(n) ich/wir in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/Herrn Dr. _____ ausführlich informiert. Dabei konnte(n) ich/wir alle mir/uns wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgeeingriffe (z.B. Einspritzungen) und ihre Risiken stellen.

Ich/Wir habe(n) **keine weiteren Fragen**, fühle(n) mich/uns **genügend informiert** und **willige(n)** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation **ein**. Mit notwendigen, auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich/sind wir ebenfalls einverstanden.

Ort/Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern*

*Grundsätzlich ist es notwendig, dass **beide** Eltern unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende zugleich, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FRACTURAS Y LUXACIONES ARTICULARES

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS Y LUXACIONES ARTICULARES**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PREOPERATORIO

Este tipo de intervención se realiza, la mayor parte de las veces, en situación de urgencia. Generalmente, 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.

2. PROCEDIMIENTO

El objetivo del tratamiento de la luxación es la colocación del hueso que se ha salido de su sitio habitual mediante las maniobras de sentido contrario a la fuerza que ha originado la dislocación. El traumatismo original puede provocar una fractura, más o menos importante, que puede requerir una estabilización con agujas o una intervención para intentar que el hueso no se vuelva a salir.

En el caso de que exista una fractura asociada (fractura-luxación) o que exista únicamente una fractura que llegue a la articulación será necesaria la restauración, en la medida de lo posible, de la forma normal de los huesos con la fijación de las fracturas mediante placas, tornillos, clavos, agujas, varillas metálicas o fijadores externos, en la fijación de los dos huesos que integran la articulación (con la consiguiente pérdida de movilidad) o en la sustitución total o parcial de la articulación por una artificial llamada prótesis.

La intervención puede realizarse sin anestesia, con anestesia local o con anestesia general, dependiendo de las circunstancias como del tipo de articulación, tiempo transcurrido desde el accidente, edad, tipo de lesión, interposición de algún tejido entre los dos huesos y calidad del hueso. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Según el tipo de lesión puede necesitar transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de las mismas.

Si precisa una intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante unos días o hacerse continuas.

En el caso de necesitar la fijación de la articulación perderá el juego de la misma. Si se coloca una prótesis, se



precisa extirpar parte del hueso de la articulación, pudiendo tener como consecuencia el alargamiento o acortamiento del miembro intervenido.

Puede ser necesaria la colocación de algún tipo de inmovilización durante un cierto periodo de tiempo. También puede precisar reposo en cama algún día o bien caminar sin apoyar la pierna de la articulación intervenida. Recibirá instrucciones sobre los movimientos que realizar o evitar y sobre cómo utilizar los bastones en el caso de que los precise.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar con el tiempo, dependiendo de la realización correcta y continua de los ejercicios de rehabilitación.

Puede ser necesaria una segunda operación para extraer el material metálico colocado una vez que ha cumplido su misión.

La prótesis se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuente en los pacientes más jóvenes o activos).

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

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.

Las complicaciones del TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN, FRACTURA-LUXACIÓN O DE LA FRACTURA ARTICULAR son:

- a) Lesión de vasos de la extremidad.
- b) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- c) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- d) Restricción del movimiento (rigidez articular), secundaria a la aparición de calcificaciones o al proceso de cicatrización.
- e) Daño de las superficies de deslizamiento de los huesos (cartílagos) que puede condicionar una futura artrosis.
- f) Reparación de la luxación a pesar del tratamiento.
- g) Infección, que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención.
- h) Daño en la irrigación sanguínea del hueso que se ha salido del sitio y aparición de una zona de hueso muerto que condicionarán una futura artrosis (necrosis avascular).
- i) De forma poco habitual pueden existir complicaciones como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa); inflamación importante desde la zona de la operación hacia el extremo de la extremidad, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental); bajada de la tensión arterial al realizar la fijación del implante de la cadera, que puede conducir al paro cardíaco; fallo renal por compresión de la pierna contraria; consolidación en mala posición; producción de una fractura a un nivel no deseado; arrancamiento ligamentoso o tendinoso; penetración de clavos o tornillos en la articulación; pérdida de fijación de la fractura (puede necesitar la colocación de otro implante metálico, añadiendo o no hueso de otra parte); retardo o ausencia de consolidación; luxación de la prótesis; desgaste del hueso que hay alrededor de la prótesis; reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado; irrigación insuficiente de la piel de la zona lesionada (necrosis cutánea), que conlleva la necesidad de extirparla.

5. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO

No existen.

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 cual-



quier 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 Y LUXACIONES ARTICULARES DE:**

.....
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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente) ha recibido la hoja de información

que le ha entregado el Dr./la 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 Y LUXACIONES ARTICULARES DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA. Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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 Fdo. EL/LA TESTIGO
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FÉMUR**. 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:

- a) Infección de la herida quirúrgica.
- b) Lesión vascular.
- c) Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos o motores.
- d) Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- e) Aflojamiento o rotura del material implantado.
- f) Flebitis o tromboflebitis que podrían provocar embolismo pulmonar y muerte.
- g) Embolia grasa.
- h) 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 FÉMUR:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 FÉMUR**:

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECAMBIO O RETIRADA DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **RECAMBIO O RETIRADA DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

Una prótesis desgastada, movilizada, rota en alguno de sus componentes o infectada habitualmente precisa una nueva operación, ya sea para retirarla o bien para recambiarla.

La intervención consiste en la extracción de la prótesis, del cemento si lo hubiese y, si fuera posible, en la colocación de una nueva.

El objetivo de la intervención consiste en aliviar el dolor e intentar mejorar la movilidad y la incapacidad. También tiene como propósito intentar eliminar la infección, en el caso de que exista.

El procedimiento habitualmente precisa anestesia general, aunque puede efectuarse con anestesia de la cintura para abajo. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación, se le administrará la medicación oportuna.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Para extraer la prótesis suele ser necesario extirpar parte del hueso que hay alrededor de la misma, o bien retirar de su sitio un fragmento del fémur que luego tendremos que fijar.

Si se opta por el recambio de la articulación, suele necesitarse un implante más grande que tenga algún suplemento para estabilizar la prótesis o la utilización de injertos óseos (del propio paciente, del banco de huesos o artificial). La colocación de la prótesis suele tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento de la pierna intervenida.

Si se efectúa únicamente la retirada de la prótesis, la extremidad intervenida suele quedar acortada y con el pie girado hacia fuera.

En caso de infección podría colocarse en el mismo acto operatorio una nueva prótesis, si tenemos la certeza de que ha quedado limpio el hueso. Lo más habitual es realizar una primera intervención de limpieza y con posterioridad una segunda operación para implantar una nueva prótesis. En algunos casos se puede utilizar un espaciador de cemento impregnado de antibióticos hasta que se realice la segunda intervención.



Durante la operación existe una pérdida de sangre que suele requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas

Después de la intervención presentará molestias en la zona operada, debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias se pueden prolongar durante algunas semanas o meses, y en raras ocasiones hacerse permanentes.

Precisará reposo en cama durante unos días o bien caminar sin apoyar dicha pierna. Igualmente, recibirá instrucciones sobre la rehabilitación que realizar, los movimientos que evitar y sobre cómo utilizar las muletas.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención.

La prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuentemente en los pacientes más jóvenes o activos).

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de **RECAMBIO O RETIRADA DE LA PRÓTESIS ARTICULAR** puede presentar complicaciones:

- a) 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.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Infección de la prótesis: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede aparecer incluso años después de la intervención. Cuando se efectúe otra intervención o una manipulación dental puede diseminarse una infección por la sangre, pudiendo afectar a su prótesis. Por dicho motivo deberá especificarlo al médico encargado del proceso.
- d) Lesión de los nervios de la pierna, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- e) Lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- f) Rotura o perforación de un hueso, al colocar la prótesis o más tardíamente.
- g) Luxación: en la mayoría de los casos puede colocarse en su sitio sin necesidad de operar. En otras ocasiones hay que cambiar el implante. Tras la luxación suele colocarse un aparato externo para mantener la articulación en su sitio.
- h) Limitación de la movilidad de la articulación, secundaria en general a la aparición de calcificaciones alrededor de la prótesis.
- i) Rigidez de la rodilla por la formación de una cicatriz adherente que puede requerir una movilización bajo anestesia.
- j) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones: hipotensión arterial severa, al realizar la fijación del implante, que puede conducir al paro cardíaco; fallo renal, por compresión de la pierna contraria; reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado y falta de unión de un fragmento del fémur que durante la operación puede tener que cortarse para realizar la operación.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo y descargar las articulaciones de la extremidad. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo, el aflojamiento o la rotura del implante. En caso de infección de la prótesis la intervención es inevitable.

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 cual-



quier 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 **RECAMBIO O RETIRADA DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR DE:**

.....
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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente) ha recibido la hoja de información

que le ha entregado el Dr./la 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 **RECAMBIO O RETIRADA DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA. Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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 Fdo. EL/LA TESTIGO
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA ESCISIONAL (EXTIRPACIÓN Y ANÁLISIS DE TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS)

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **BIOPSIA ESCISIONAL (EXTIRPACIÓN Y ANÁLISIS DE TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS)**. 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.

2. El propósito principal de la intervención consiste en extirpar la tumoración y realizar un estudio anatómico-patológico para confirmar el diagnóstico. De tal forma, puede ser un tratamiento definitivo o no, si el diagnóstico de la lesión resultara ser otro diferente al esperado. En este supuesto podría ser necesario un nuevo tratamiento quirúrgico y otros complementarios.

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

4. La intervención consiste en la extirpación quirúrgica completa de la lesión, remitiéndola a continuación para el pertinente estudio anatómico-patológico.

5. 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.

6. Las complicaciones de la realización de una **BIOPSIA ESCISIONAL (EXTIRPACIÓN Y ANÁLISIS DE TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS)** pueden ser:

- Hematoma o seroma.
- Dehiscencia de la herida.
- Infecciones superficiales o profundas.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Lesión neurológica.

- g) Lesión vascular.
- h) Siembra-contaminación de células patológicas.

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Biopsia previa a la extirpación completa de la lesión, cuya indicación decide el facultativo según el caso.

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 **BIOPSIA ESCISIONAL (EXTIRPACIÓN Y ANÁLISIS DE TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS) DE:**

.....
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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **BIOPSIA ESCISIONAL (EXTIRPACIÓN Y ANÁLISIS DE TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS) DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA PATOLOGÍA DEL ANTEPIÉ

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA DE LA PATOLOGÍA DEL ANTEPIÉ**. 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.

2. El propósito principal de la intervención es corregir las deformidades de los dedos del pie y evitar los hiperpoyos metatarsales.

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

4. La intervención consiste en alinear los dedos del pie, para lo cual puede ser preciso reseca partes óseas, seccionar tendones y unir pequeñas articulaciones de los dedos. También se pueden modificar los metatarsianos mediante resecciones óseas. Puede ser precisa la sujeción temporal de los dedos o los metatarsianos con agujas.

5. 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DEL ANTEPIÉ pueden ser:

- Infeción de la herida quirúrgica.
- Pueden lesionarse estructuras vasculonerviosas de los dedos, con lo cual puede producirse una necrosis del dedo y ser precisa una amputación, o quedar una hipoestesia en un área del dedo.
- Recurrencia de la deformidad que requiera una nueva intervención.
- Si la resección ósea requerida es considerable puede dejar un dedo colgante.
- Las agujas de Kirschner pueden romperse, migrar o presentar infecciones en su trayecto.
- A veces no se consigue la fusión de la articulación, por lo que si ésta es dolorosa, puede requerirse una reintervención.
- Edema postoperatorio en los dedos que puede tardar meses en ceder.



- h) Problemas de cicatrización cutánea.
- i) Cicatrices dolorosas.
- j) Dolor en otras áreas metatarsales, por transferencia de cargas en intervenciones sobre los metatarsianos.
- k) Pseudartrosis de los metatarsianos que puede requerir una reintervención.
- l) Distrofia simpático-refleja.
- m) Trombosis venosa y tromboflebitis de la extremidad.

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

El tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, calzado adecuado, plantillas de descarga, fundas de silicona o algún dispositivo similar puede servir para mejorar las molestias pero no para corregir la deformidad ni evita una intervención posterior.

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 **CIRUGÍA DE LA PATOLOGÍA DEL ANTEPIÉ:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **CIRUGÍA DE LA PATOLOGÍA DEL ANTEPIÉ:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL**. 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.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en la fusión vertebral mediante una instrumentación de columna (implantes metálicos, como barras y tornillos) y aporte de injerto óseo procedente de las propias vértebras y, en su caso, de las crestas ilíacas, propias o de cadáver.

Su objetivo es aliviar el dolor y mejorar la función alterada por la enfermedad o alteración vertebral.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Durante la operación existe una pérdida sanguínea que puede requerir transfusiones.

La intervención requiere la separación de músculos y la extirpación de diferentes estructuras ligamentosas o discales, así como de superficies o elementos óseos, y produce dolor variable en la zona operada que tiende a mejorar con el tiempo.

Tras la intervención puede precisar reposo en cama durante un tiempo variable, así como el uso posterior de un corsé y limitación de la actividad.

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

4. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS TÍPICOS

- 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.
- Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.



- c) Infección de la herida quirúrgica superficial o profunda.
- d) Rotura de la duramadre y pérdida de líquido cefalorraquídeo.
- e) Lesión medular o de raíces nerviosas con secuelas neurológicas motoras (parálisis o disminución de fuerza), sensitivas (pérdida o alteración de la sensibilidad), pérdida de control de esfínteres o impotencia.
- f) Lesiones vasculares. Hematomas.
- g) Parálisis intestinal (Ileo paralítico), infección pulmonar, infección urinaria.
- h) Pseudartrosis (no consecución de la artrodesis), rotura del material implantado.
- i) Contracturas musculares. Dolor local permanente.
- j) En el caso de utilizar injerto óseo de cadáver, posible transmisión de las enfermedades virales que pudiera padecer el donante.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al tratamiento quirúrgico, dependiendo de cada caso, se puede usar un corsé, realizar tratamiento rehabilitador y tomar medicamentos analgésicos.

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 **INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL DE:**

.....

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **INSTRUMENTACIÓN Y ARTRODESIS VERTEBRAL DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

Consiste en la reconstrucción de las estructuras de la articulación, acortamiento de la musculatura y ligamentos de la zona o la sección del hueso del brazo con posterior unión, de tal manera que traten de evitar la producción de nuevas luxaciones.

La intervención precisa anestesia general. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole de las características de la misma y de sus riesgos.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

La técnica quirúrgica suele traer como consecuencia una limitación de la movilidad, que suele ser de escasa importancia.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida, debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.

Durante unos días necesitará reposo del miembro intervenido. Igualmente, recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación que realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

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.



Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la LUXACIÓN RECIDIVANTE de hombro son:

- a) Lesión de vasos de la extremidad.
- b) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- c) Anemia postoperatoria que puede requerir una transfusión sanguínea. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de la misma.
- d) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Infección de la herida.
- f) Reparición de la luxación a pesar del tratamiento quirúrgico.
- g) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones, como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona de la operación hacia el extremo de la extremidad, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), producción de una fractura a un nivel no deseado, rigidez articular, retardo o ausencia de consolidación.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, procurar limitar la actividad física, evitando los movimientos de producción de luxación y efectuar ejercicios de rehabilitación. Con dicho tratamiento sólo mejoran parcialmente los síntomas no consiguiendo, por lo general, evitar nuevos episodios de luxación de la articulación.

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 **LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente) ha recibido la hoja de información

que le ha entregado el Dr./la 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 **LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE HOMBRO

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTROSCOPIA DE HOMBRO**. 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.

2. El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar las diferentes enfermedades que afectan al hombro.

3. La intervención precisa anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en introducir dentro de la articulación del hombro una pequeña cámara de vídeo a través de una pequeña incisión (que se denomina portal). Con ello, se puede explorar bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que afectan a esta articulación. Habitualmente son necesarios otros portales para introducir instrumentos y poder tratar las lesiones. La indicación de esta técnica la realiza su cirujano pero es un procedimiento frecuentemente empleado en el tratamiento del síndrome subacromial, desgarros del manguito de los rotadores, inestabilidad del hombro, extracción de cuerpos libres, etc. Las indicaciones se van modificando con el paso del tiempo y cada vez son más las lesiones que pueden ser tratadas con técnicas artroscópicas. En algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención.

5. 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para ARTROSCOPIA DE HOMBRO pueden ser, entre otras:

- a) Infección de las heridas quirúrgicas o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima.
- b) Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.



- c) Hemorragia.
- d) Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- e) Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- f) Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.
- g) Hematomas en zonas adyacentes.
- h) Distrofia simpático-refleja.
- i) Parálisis de los nervios de la mano, que habitualmente son recuperables y muy poco frecuentes.
- j) Síndrome compartimental.
- k) Fallos y roturas del material empleado.
- l) Trombosis venosa y, eventualmente, tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo e inmovilización de la articulación afecta. Dicho tratamiento, posiblemente, sólo mejora los síntomas.

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 **ARTROSCOPIA DE HOMBRO**:

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **ARTROSCOPIA DE HOMBRO:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR**. 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.

2. El propósito principal de la intervención es disminuir el roce que provoca el acromion sobre los tendones del manguito de los rotadores. Asimismo, en caso de rotura de los tendones, proceder a la reparación de los mismos si es posible.

3. La intervención precisa anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en recortar la parte anterior del acromion (acromioplastia) y, eventualmente, el ligamento coracoacromial para aumentar el espacio por donde corren los tendones. Estos tendones, cuando están rotos se acortan y degeneran, convirtiéndose en frágiles, retraídos y con poca capacidad de cicatrizar, lo que puede hacer imposible su reparación. La descompresión y la reparación tendinosa puede llevarse a cabo mediante cirugía abierta convencional o cirugía artroscópica, o bien procedimientos combinados en los que se efectúa una parte mediante artroscopia y otra parte de la intervención mediante una pequeña incisión de 4 ó 5 cm aproximadamente (mini-abordaje).

5. La indicación de esta técnica la realiza su cirujano. Las indicaciones se van modificando con el paso del tiempo y cada vez son más las lesiones que pueden ser tratadas con técnicas artroscópicas. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención.

6. 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.

7. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR pueden ser, entre otras:



- a) Infección de las heridas quirúrgicas o de la articulación.
- b) Fracaso de la sutura de los tendones, que puede hacer necesaria una nueva intervención.
- c) Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- d) Hemorragia.
- e) Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- f) Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- g) Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.
- h) Hematomas en zonas adyacentes.
- i) Distrofia simpático-refleja.
- j) Parálisis de los nervios de la mano, que habitualmente son recuperables y muy poco frecuentes.
- k) Síndrome compartimental.
- l) Fallos y roturas del material empleado.
- m) Trombosis venosa y, eventualmente, tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

8. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, procurar limitar la actividad física, evitando los movimientos dolorosos y efectuar un programa de rehabilitación. Con dicho tratamiento sólo mejoran parcialmente los síntomas no consiguiendo, por lo general, evitar nuevos episodios dolorosos y una limitación funcional.

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 **SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR DE:**

.....

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROPLASTIA DE HOMBRO

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTROPLASTIA DE HOMBRO**. 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.

2. El propósito principal de la intervención es aliviar el dolor e intentar mejorar la función articular.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en sustituir la articulación enferma o fracturada y reemplazarla por una prótesis articular. Puede ser necesaria la utilización de cemento para fijar el o los componentes de la prótesis al hueso. Según el diagnóstico, puede ser necesaria una artroplastia total (implantación de componentes protésicos humeral y glenoideo) o una hemiarthroplastia (implantación solamente del componente humeral, como suele ocurrir en las fracturas complejas de la cabeza humeral).

5. 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica en una ARTROPLASTIA DE HOMBRO pueden ser:

- Fracturas del hueso huésped, durante la intervención o más tardíamente.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Lesión de los vasos adyacentes. Si se afecta un gran vaso puede producirse una hemorragia masiva, lo que podría provocar incluso la muerte.
- Lesión o afectación de los nervios adyacentes, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
- Enfermedad tromboembólica, que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.
- Complicaciones cutáneas (necrosis, etc.).
- Infección del implante, que puede obligar a la extracción de la prótesis si el tratamiento antibiótico fracasa.



TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **ARTROPLASTIA DE HOMBRO:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTRODESIS DE RODILLA, TOBILLO O PIE

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTRODESIS DE RODILLA, TOBILLO O PIE**. 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.

2. El propósito principal de la intervención es aliviar el dolor producido por una articulación enferma y, consecuentemente, mejorar la calidad de vida del paciente (nivel de actividad, etc.) a costa de eliminar el movimiento de dicha articulación.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en conseguir la anquilosis o fusión ósea de una articulación patológica. Pueden utilizarse diferentes técnicas dependiendo de cada caso y de la articulación que se pretenda artrodesar. Estas posibles técnicas incluyen tanto la fijación externa como la utilización de diferentes dispositivos de fijación interna (agujas, tornillos, placas atornilladas, etc.) o clavos intramedulares en el caso de la rodilla, etc. Puede ser necesaria la utilización de injerto óseo del propio paciente y/o del banco.

5. 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica en la realización de una ARTRODESIS DE RODILLA, TOBILLO O PIE pueden ser:

- Problemas vásculo-nerviosos secundarios a la utilización del manguito de isquemia.
- Infeción de la herida quirúrgica.
- Lesión de los vasos adyacentes. Si se afecta un gran vaso puede producirse una hemorragia masiva, lo que podría ocasionar incluso la muerte.
- Lesión o afectación de los nervios adyacentes, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
- Enfermedad tromboembólica, que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.



- f) Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- g) A medio o largo plazo puede producirse el fallo del material implantado por infección, desgaste o rotura, lo que puede obligar a la retirada del mismo.
- h) Complicaciones cutáneas (necrosis, etc.).
- i) Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Südeck.
- j) Síndrome compartimental.
- k) Dolor residual.
- l) Puede originarse una rigidez de las articulaciones adyacentes así como un aumento de los requerimientos de energía para la deambulación.
- m) Pueden presentarse asimismo parálisis, cojera, defectos de rotación y acortamiento del miembro.
- n) Puede ser necesaria la transfusión de sangre, especialmente en los casos de artrodesis de rodilla.
- o) Fracaso en la consecución de la fusión ósea, lo que puede originar la necesidad de nuevas intervenciones, generalmente cada vez más complejas y con mayores tasas de complicaciones y menores posibilidades de éxito. En última instancia, la artrodesis puede definitivamente no conseguirse, lo que podría hacer necesario el uso de dispositivos ortopédicos de forma permanente con fines paliativos por parte del paciente.

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación afecta. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación o la deformidad.

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 **ARTRODESIS DE RODILLA, TOBILLO O PIE DE:**

.....
 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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **ARTRODESIS DE RODILLA, TOBILLO O PIE DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE OTRAS ARTICULACIONES (CODO, MUÑECA, CADERA, TOBILLO, ETC.)

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTROSCOPIA DE OTRAS ARTICULACIONES (CODO, MUÑECA, CADERA, TOBILLO, ETC.)**. 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.

2. El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar las diferentes enfermedades que afectan a la articulación.

3. La intervención precisa anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en introducir dentro de la articulación una pequeña cámara de vídeo a través de una pequeña incisión (que se denominan portal). Con ello, se puede explorar bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que afectan a la articulación. Habitualmente son necesarios otros portales para introducir instrumentos y poder tratar las lesiones.

5. La indicación de esta técnica la realiza su cirujano, pero es un procedimiento que puede emplearse en el tratamiento de lesiones del codo (extracción de cuerpos libres, control de fracturas, sinovectomía, liberación de adherencias, etc.); de la muñeca (lesiones del fibrocartilago triangular, control de fracturas, exploración de la muñeca dolorosa de causa desconocida, sinovectomía, cuerpos libres, cuerpos extraños, lavados en artritis, biopsias, etc.); de la cadera (cuerpos libres, cadera dolorosa de causa desconocida, sinovectomía, patología del rodete, etc.) y tobillo (cuerpos libres, osteocondritis, control de fracturas, sinovectomía, artritis, resección de osteofitos, etc.). Las indicaciones son cambiantes con el paso del tiempo y cada vez son más las lesiones que pueden ser tratadas con técnicas artroscópicas. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención.

6. 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.



7. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para ARTROSCOPIA DE (codo, muñeca, cadera, tobillo, otras) pueden ser, entre otras:

- a) Infección de las heridas quirúrgicas o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima.
- b) Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- c) Hemorragia.
- d) Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- e) Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- f) Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.
- g) Hematomas en zonas adyacentes.
- h) Distrofia simpático-refleja.
- i) Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y muy poco frecuentes.
- j) Síndrome compartimental.
- k) Fallos y roturas del material empleado.
- l) Trombosis venosas y, eventualmente, tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

8. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo e inmovilización de la articulación afectada. Dicho tratamiento, posiblemente, sólo mejora los síntomas.

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 **ARTROSCOPIA DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **ARTROSCOPIA DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LESIÓN TENDINOSA

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **LESIÓN TENDINOSA**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

Consiste en la reparación de un tendón lesionado, ya sea por un objeto cortante (cuchillo, extremo de un hueso fracturado), por un objeto contundente (arrancamiento tendinoso), por la contracción brusca del mismo o por la existencia de un proceso degenerativo.

La intervención suele precisar anestesia del brazo, de la cintura para abajo o anestesia general dependiendo de la localización del tendón lesionado. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

El propósito principal de la operación consiste en restablecer la forma y la función del elemento lesionado de manera que se asemeje a la que tenía antes del accidente.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento a realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

En algunas ocasiones puede ser necesaria la utilización de tendones menos importantes de otras zonas o bien otros de tipo artificial.

Habitualmente es necesario inmovilizar las articulaciones adyacentes con una férula, para mantener la sutura lo más relajada posible.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización que pueden prolongarse durante algunas semanas o meses.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente, recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación que realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.



4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

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.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la ROTURA DEL/DE LOS TENDÓN/NES son:

- a) Lesión de vasos adyacentes.
- b) Lesión de los nervios adyacentes, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- c) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- d) Infección de la herida.
- e) Fallo de la sutura del tendón.
- f) Formación de adherencias entre el tendón y los tejidos de alrededor.
- g) Rotura de las poleas por las que circula el tendón.
- h) Cicatrización con retracción de la piel, lo que condiciona que no se pueda movilizar bien la articulación.
- i) Debilidad tendinosa.
- j) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones, como la irrigación insuficiente de la piel o el tendón (necrosis) que precisa su extirpación, deformidades secundarias de los dedos, descalcificación, rigidez articular e inflamación importante de los dedos (atrofia ósea).

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Una lesión tendinosa podría cicatrizar con la inmovilización de las articulaciones adyacentes, pero hay un riesgo importante de que el tendón quede alargado y deje un importante déficit funcional por lo que se recomienda el tratamiento quirúrgico.

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 **LESIÓN TENDINOSA DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **LESIÓN TENDINOSA DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **INFILTRACIÓN**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

Consiste en la introducción de una sustancia antiinflamatoria (generalmente asociada a un anestésico local) con una jeringa en una parte del organismo. Puede utilizarse como técnica diagnóstica, o para tratar un proceso inflamatorio o una lesión quística en el hueso.

El objetivo de las infiltraciones consiste en aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

Solamente cuando se utilizan para resolver lesiones quísticas en el hueso, la intervención precisa anestesia que puede ser regional o general dependiendo de la lesión por tratar. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la infiltración presentará molestias en la zona de inoculación debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido. Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que permanezca en reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la infiltración de la articulación son:

- Reacción alérgica a la medicación administrada, hipotensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- Lesión de vasos adyacentes.
- Lesión de nervios adyacentes.
- Lesión de los tendones adyacentes.
- Infeción en la zona del pinchazo.



- f) Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- g) Descompensación de la diabetes, hipertensión arterial o úlcera.
- h) Aparición de atrofia cutánea en la zona de administración.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La lesión objeto de la infiltración puede tratarse con medicación antiinflamatoria y reposo relativo, o bien con medidas fisioterápicas.

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 **INFILTRACIÓN DE:**

.....

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **INFILTRACIÓN DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FRACTURA EXTRAARTICULAR

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURA EXTRAARTICULAR**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PREOPERATORIO

Este tipo de intervención se realiza, la mayor parte de las veces, en situación de urgencia. Generalmente, 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.

2. PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en la fijación de los extremos del hueso roto mediante la colocación de tornillos, placas, clavos, agujas, varillas metálicas o fijadores externos.

El objetivo de la intervención consiste en poner en contacto los dos extremos del hueso en la posición más favorable para que puedan unir.

El procedimiento precisa anestesia general, del brazo o de la cintura para abajo. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de fractura, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Según el tipo de fractura puede requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de las mismas.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía o a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.

Generalmente se colocará algún tipo de inmovilización durante un cierto periodo de tiempo. También puede precisar reposo en cama algún día o bien caminar sin apoyar dicha pierna. Recibirá instrucciones sobre los movimientos que realizar y/o evitar y sobre cómo utilizar las muletas en el caso de que las precise.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar con el tiempo, dependiendo de la realización correcta y continua de los ejercicios de rehabilitación, de la voluntad que ponga y de su naturaleza en la producción de cicatrices.



4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

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.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la FRACTURA pueden ser:

- a) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- b) Infección, que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención.
- c) Pérdida de fijación de la fractura, que puede romper el material de fijación, generalmente por falta o retardo de consolidación. Puede necesitar la colocación de otro implante metálico, añadiendo o no hueso de otra parte.
- d) Lesión de los vasos de la extremidad. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- e) Lesión de los nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- f) Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- g) Aparición de calcificaciones alrededor de la fractura, que pueden limitar la movilidad y requerir otra intervención para extirparlas.
- h) Pérdida de movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada, que puede ir acompañada o no de descalcificación de los huesos e inflamación importante de la zona (atrofia ósea).
- i) Puede ser necesaria una segunda operación para extraer el material colocado en la primera, una vez que ha cumplido su misión.
- j) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones tales como: cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa); inflamación importante desde la zona fracturada hacia el extremo del miembro, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios; alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental); hipotensión arterial, al realizar la fijación del implante de la cadera, que puede provocar una parada cardiorrespiratoria; fallo renal por compresión de la pierna contraria; consolidación en mala posición, rotación, alargamiento o acortamiento de la extremidad; penetración de clavos o tornillos en la articulación; desgaste del hueso que está por encima de la prótesis y luxación de la misma; reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado o irrigación insuficiente de la piel de la zona lesionada (necrosis cutánea), que conlleva la necesidad de extirparla.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto, la fractura se podrá tratar mediante la alineación de los huesos e inmovilización con una escayola o la colocación de una tracción, hasta que pegue la fractura.

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 **FRACTURA EXTRAARTICULAR DE:**

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **FRACTURA EXTRAARTICULAR DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**. 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.

2. El propósito principal de la intervención es prevenir los trastornos que pueden desencadenarse a medio o largo plazo en el hueso huésped por la presencia del material de osteosíntesis, así como aliviar el dolor o las molestias de las que a veces es responsable dicho material.

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

4. La intervención consiste en la extracción del material de osteosíntesis que puede ser muy diverso (agujas, tornillos, placas atornilladas, clavos intramedulares, etc.) y que se había colocado anteriormente para el tratamiento de fracturas o realización de diversos tratamientos en cirugía ortopédica.

5. 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para LA RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS pueden ser:

- Problemas vasculo-nerviosos secundarios a la utilización del manguito de isquemia.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Lesión de los vasos adyacentes.
- Lesión o afectación de los nervios adyacentes, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
- Enfermedad tromboembólica que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención, lo que puede obligar a la realización de una nueva osteosíntesis en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo.



- g) Pueden producirse diferentes complicaciones de índole técnico que imposibiliten o desaconsejen la extracción de parte o de la totalidad del material implantado.
- h) Complicaciones cutáneas (necrosis, etc.).
- i) Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Südeck.
- j) Síndrome compartimental.
- k) En determinados casos puede ser necesaria la transfusión de sangre.

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

No existen.

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 **RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **RETIRADA DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS DE CADERA

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **PRÓTESIS DE CADERA**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en sustituir la articulación enferma y reemplazarla por una artificial llamada prótesis. Dicha prótesis puede ser de plástico, de cerámica o de metal y puede fijarse con o sin cemento, dependiendo de las circunstancias del paciente.

El objetivo de la intervención consiste en intentar aliviar el dolor y mejorar la movilidad y la incapacidad de la cadera afectada por distintos procesos articulares o una fractura desplazada de cuello de fémur.

El procedimiento, habitualmente, precisa anestesia general o regional. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Puede ser necesaria la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Para implantar la prótesis es necesario extirpar parte del hueso de la articulación y su adaptación puede tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento de la pierna intervenida. Durante la operación existe una pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas. El Servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la intervención, debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias se pueden prolongar durante algún tiempo o bien hacerse continuas.

Puede precisar reposo de la articulación, en cama o bien caminando sin apoyar dicha pierna, según el tipo y fijación del implante. Igualmente, recibirá instrucciones sobre la rehabilitación que realizará, los movimientos que evitar y sobre cómo utilizar los bastones.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención.



La prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuentemente en los pacientes más jóvenes o activos).

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones más importantes de la implantación de una PRÓTESIS DE CADERA son:

- a) 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.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Infección de la prótesis: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención. Cuando se efectúe otra intervención o una manipulación dental puede diseminarse una infección por la sangre, pudiendo afectar a su prótesis. Por dicho motivo deberá especificarlo al médico encargado del proceso.
- d) Lesión de los nervios de la extremidad, ciático y crural fundamentalmente, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- e) Lesión de los vasos de la extremidad. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- f) Rotura o perforación de un hueso, al colocar la prótesis o más tardíamente.
- g) Luxación: en la mayoría de los casos puede colocarse en su sitio sin necesidad de operar. En otras ocasiones hay que cambiar el implante. Tras la luxación suele colocarse un aparato externo para mantener la articulación en su sitio.
- h) Limitación de la movilidad de la articulación, secundaria en general a la aparición de calcificaciones o de cicatrices adherentes alrededor de la prótesis.
- i) Cojera persistente condicionada por pérdida de fuerza y/o diferentes causas expuestas anteriormente.
- j) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones: hipotensión arterial severa, al realizar la fijación de la prótesis, que puede conducir a que se pare el corazón y origine la muerte; fallo renal, por compresión de la pierna contraria, reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado, arrancamientos tendinosos, descalcificación con inflamación de la zona (atrofia ósea), falta de unión de un fragmento de hueso que durante la operación puede tener que cortarse para realizar la operación.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la articulación, descargarla usando un bastón o intentando perder peso. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la misma.

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 **PRÓTESIS DE CADERA**:

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **PRÓTESIS DE CADERA**:

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SÍNDROMES DE COMPRESIÓN NERVIOSA

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **SÍNDROMES DE COMPRESIÓN NERVIOSA**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

Consiste en la liberación de un nervio que va hacia la mano o el pie en su paso por un canal estrecho, constituido generalmente por unas estructuras óseas cerradas por un ligamento.

Suele ser un proceso muy común que se manifiesta por dolor en la extremidad y hormigueos en una parte de la mano o el pie, que se presenta en pacientes que utilizan las manos en un movimiento repetitivo, trabajadores de fuerza o que utilizan máquinas vibratorias, que presentan artrosis, que han sufrido una fractura, pacientes que se están dializando o durante el último trimestre del embarazo.

La intervención suele precisar anestesia del brazo o de la cintura para abajo si se opera un lado, y anestesia general en el caso de que se intervengan los dos. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

El propósito principal de la operación consiste en mejorar los síntomas (dolor y hormigueos) e impedir la progresión de la compresión del nervio.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

La decisión quirúrgica puede demorarse hasta la presencia de déficit de los movimientos de la mano o del pie que están a cargo del nervio atrapado. Cuanto más evolucionado esté el cuadro, menores serán las posibilidades de recuperación total.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente, recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación que realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.



4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

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.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la COMPRESIÓN DEL NERVIOS son:

- a) Lesión de vasos de la extremidad.
- b) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- c) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- d) Infección de la herida.
- e) Cicatriz de la herida dolorosa.
- f) Rigidez de las articulaciones adyacentes, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación del miembro (atrofia ósea).
- g) Reparición de la sintomatología, con el tiempo.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Inicialmente se puede tratar con medicación antiinflamatoria, férula de inmovilización o infiltraciones. El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando existe un dolor importante, el tratamiento realizado con anterioridad es ineficaz o si existe el riesgo de desarrollar lesiones permanentes.

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 **SÍNDROMES DE COMPRESIÓN DEL NERVIOS**:

.....**A NIVEL DE**.....

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **SÍNDROMES DE COMPRESIÓN DEL NERVI**:

..... **A NIVEL DE**.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD**. 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.

2. El propósito principal de la intervención consiste en eliminar una parte o la totalidad de la extremidad que, debido a la gravedad de sus lesiones, no puede ser reconstruida satisfactoriamente.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en la resección del segmento enfermo de la extremidad y en la creación de un muñón que pueda recibir en un futuro una prótesis.

5. 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica de AMPUTACIÓN (ANTEBRAZO, BRAZO, PIERNA, PIE...) pueden ser:

- Hematoma.
- Dehiscencia de la herida.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Infecciones superficiales o profundas.
- Necrosis de los colgajos cutáneos o musculares que exijan una nueva amputación a un nivel más elevado.
- Neuromas.
- Síndrome del miembro fantasma: el paciente puede sentir que la parte amputada todavía existe; esta sensación precisa tratamiento farmacológico que, en ocasiones, puede mantenerse indefinidamente.



- i) Distrofia simpático-refleja.
- j) Pérdida de la movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada, contracturas y pérdida de fuerza de los músculos del área, cuya recuperación depende de la realización continua de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.
- k) Cambios degenerativos en las articulaciones adyacentes.
- l) Sobrecrecimiento terminal.

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

No existen.

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 **AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD**:

.....

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente) ha recibido la hoja de información

que le ha entregado el Dr./la 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 **AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIBERACIONES NERVIOSAS EN SÍNDROMES CANALICULARES

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **LIBERACIONES NERVIOSAS EN SÍNDROMES CANALICULARES**. 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.

2. El propósito principal de la intervención consiste en aliviar el dolor, mejorar la función del miembro y, si las hubiese, combatir la sintomatología derivada de la compresión del nervio aparte del dolor, tanto de tipo sensitivo (hormigueos, acorchamiento, disminución y otras alteraciones de la sensibilidad) como motor (pérdida de fuerza), aunque estas últimas pueden tardar un tiempo indeterminado en recuperarse o incluso no hacerlo completamente si la lesión de los fascículos nerviosos es antigua y/o muy severa.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en aliviar la presión que sufre el nervio dentro del desfiladero osteofibroso, lo que puede requerir varias actuaciones, no todas necesariamente concomitantes. En orden de menor a mayor gravedad del proceso, puede ser necesario realizar:

- 4.1. Sección/extirpación del componente fibroso/ligamentoso del desfiladero.
- 4.2. Translación del tronco nervioso fuera del desfiladero.
- 4.3. Extirpación de algún fragmento óseo (anatómico o secundario a procesos traumáticos o degenerativos) o de alguna osificación heterotópica o calcificación de partes blandas.
- 4.4. Extirpación de la membrana fibrosa que envuelve al tronco nervioso.
- 4.5. Disección entre los filamentos nerviosos, extirpando los tabiques fibrosos patológicos que pudieran existir entre ellos.

5. 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.



6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para LIBERACIÓN DE UN NERVI EN UN SÍNDROME CANALICULAR pueden ser:

- a) Enfermedad tromboembólica.
- b) Lesión de los vasos, arteriales y/o venosos, adyacentes.
- c) Lesión, parcial o total, del nervio por descomprimir.
- d) Lesión, a medio o largo plazo, del nervio descomprimido, por falta de aporte sanguíneo.
- e) Lesión, parcial o total, de nervios adyacentes.
- f) Lesión de los músculos, ligamentos y tendones adyacentes.
- g) Osificaciones y/o calcificaciones alrededor del nervio descomprimido.
- h) Infección de la herida quirúrgica que, según su gravedad y profundidad, puede llegar a afectar a articulaciones adyacentes.
- i) Hematomas en los labios de la herida o a nivel subcutáneo.
- j) Rigidez de las articulaciones adyacentes, generalmente de carácter pasajero.
- k) Síndromes algodistróficos por trastorno vasomotor.
- l) Síndromes compartimentales.
- m) Menos frecuentemente, pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, urológicas, gastrointestinales y confusión mental postoperatoria, sobre todo en pacientes de edad avanzada.
- n) En casos excepcionales, y como consecuencia de lesiones de vasos importantes, podría llegar a ser necesaria la realización de transfusiones sanguíneas.
- ñ) En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia, o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos, puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimiento, ampollas...).

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación afecta. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas temporalmente.

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 **LIBERACIONES NERVIOSAS EN SÍNDROMES CANALICULARES DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **LIBERACIONES NERVIOSAS EN SÍNDROMES CANALICULARES DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS DE RODILLA

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **PRÓTESIS DE RODILLA**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en sustituir la articulación enferma y reemplazarla por una artificial llamada prótesis. Dicha prótesis está fabricada con distintos metales y un plástico especial (polietileno), y puede fijarse con o sin cemento a los extremos óseos (tibia, fémur y —opcionalmente— rótula), dependiendo de las circunstancias del paciente.

El objetivo de la intervención consiste en intentar aliviar el dolor y mejorar la movilidad y la incapacidad de la rodilla afectada por distintos procesos articulares.

El procedimiento, habitualmente, precisa anestesia general o regional. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Puede ser necesaria la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Para implantar la prótesis es necesario extirpar parte del hueso de la articulación y su adaptación puede tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento de la pierna intervenida. Aunque se suelen corregir las deformidades angulares de la pierna, dicha corrección puede ser incompleta o mayor de lo deseado.

Durante la operación existe una pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas.

El Servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la intervención, debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias se pueden prolongar durante algún tiempo o bien hacerse continuas. Pueden existir molestias o lesiones cutáneas, generalmente leves y pasajeras, en la raíz del muslo, por el uso de un torniquete neumático.



Tras la intervención deberá realizar ejercicios de movilización de la rodilla y caminar con bastones con o sin apoyo de la pierna, según las circunstancias. Igualmente, recibirá instrucciones sobre la rehabilitación que realizar, los movimientos que evitar y sobre cómo utilizar los bastones.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención.

La prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuentemente en los pacientes más jóvenes y activos).

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones más importantes de la implantación de una PRÓTESIS DE RODILLA son:

- a) 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.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Complicaciones cutáneas: dehiscencia de la herida, necrosis de los bordes o zonas más amplias de la piel, cicatriz hipertrófica (más gruesa de lo habitual).
- d) Infección de la prótesis: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención. Cuando se efectúe otra intervención o una manipulación dental puede diseminarse una infección por la sangre, pudiendo afectar a su prótesis. Por dicho motivo lo deberá especificar al médico encargado del proceso.
- e) Lesión de los nervios de la extremidad, nervio ciático fundamentalmente, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- f) Lesión de los vasos de la extremidad. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- g) Rotura o perforación de un hueso, al colocar la prótesis o más tardíamente.
- h) Inestabilidad de la articulación, manifestada en movimientos anormales de la rodilla, fallos de la misma y, más raramente, luxación.
- i) Limitación de la movilidad de la articulación, de flexión y/o de extensión. Puede requerir una movilización bajo anestesia para liberar las adherencias producidas o una nueva intervención.
- j) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones: hipotensión arterial severa, al realizar la fijación de la prótesis, que puede conducir a que se pare el corazón y origine la muerte; fallo renal, por compresión de la pierna contraria, reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado, arrancamientos tendinosos o ligamentosos, descalcificación con inflamación de la zona (atrofia ósea), ruidos articulares y derrames de repetición.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la articulación, descargarla usando un bastón o intentando perder peso. Dicho tratamiento sólo mejora parcialmente los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la misma.

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 **PRÓTESIS DE RODILLA**:

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **PRÓTESIS DE RODILLA**:

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

La rodilla es la articulación donde encaja el hueso del muslo (fémur) con el hueso de la pierna (tibia). El ligamento cruzado anterior se encuentra situado en el centro de la articulación y tiene la función de estabilizar la rodilla junto con otras estructuras. Su rotura puede producir episodios repetidos de "fallo" que cursan con dolor y, a veces, con derrame de la rodilla y que, a medio o largo plazo, suele provocar una degeneración de la articulación. Muy frecuentemente la rotura del ligamento cruzado anterior se acompaña de otras lesiones en la rodilla: de los meniscos, del cartílago o de los ligamentos.

La intervención consiste en la reconstrucción del ligamento, ya sea con otro tendón de la rodilla, con un ligamento de un donante o con otro artificial sintético. Para su anclaje es necesario realizar unos túneles a través del hueso y fijarlo con implantes metálicos.

El objetivo del procedimiento es el de mejorar la función de la rodilla, dotar a la articulación de una mayor estabilidad y retrasar la progresión de las lesiones.

La intervención precisa de anestesia general o bien de anestesia raquídea (de cintura para abajo). El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación, se le administrará la medicación oportuna.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará dolor en la zona de la rodilla, debidos a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.

Precisará guardar reposo en cama unos días y posteriormente recibirá instrucciones sobre la rehabilitación a realizar y sobre cómo utilizar las muletas. Además, puede necesitar una rodillera o escayola durante algún tiempo.



po. En algunos casos es necesaria una segunda operación para retirar los implantes metálicos colocados, cuando provoquen algún tipo de molestias y una vez que hayan cumplido su función.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR puede presentar complicaciones:

- a) 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.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Infección: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede aparecer incluso meses después de la intervención.
- d) Lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- e) Lesión de los nervios de la pierna que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- f) Rigidez de la rodilla por la formación de una cicatriz adherente que puede requerir una movilización bajo anestesia. Esta rigidez puede aparecer aislada o acompañada de inflamación importante y descalcificación de la zona (atrofia ósea).
- g) Persistencia o reaparición de inestabilidad en la rodilla, habitualmente por desinserción o rotura del nuevo ligamento.
- h) Aparición de fracturas en las zonas donde se extrae el tendón que sirve como injerto o por los túneles óseos donde se ancla el nuevo ligamento.
- i) Atrofia muscular importante.
- j) Derrames de repetición en la rodilla.
- k) Aparición de artrosis de rodilla.
- l) Rechazo del implante cuando éste proviene de un donante o bien es uno sintético/artificial.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio durante un tiempo y efectuar reposo relativo, evitando la actividad intensa y deportiva. Precisaré de fisioterapia intensiva. La rodilla puede protegerse con la utilización de una rodillera con unos ejes metálicos laterales, de forma continua o durante la actividad deportiva. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas pero puede que no evite los fallos de dicha rodilla o que no detenga el desgaste progresivo de la articulación que le hagan necesario una intervención posterior.

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 **RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR:**

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en sustituir la articulación enferma y reemplazarla por una artificial llamada prótesis. Dicha prótesis puede ser de plástico, de cerámica o de metal y puede fijarse con o sin cemento, dependiendo de las circunstancias del paciente.

El objetivo de la intervención consiste en intentar aliviar el dolor y mejorar la movilidad y la incapacidad de la articulación enferma.

El procedimiento, habitualmente, precisa anestesia general o regional. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Puede ser necesaria la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Para implantar la prótesis es necesario extirpar parte del hueso de la articulación y su adaptación puede tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento de los huesos y, secundariamente, el brazo o la pierna intervenida.

Durante la operación existe una pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la intervención, debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias se pueden prolongar durante algún tiempo o bien hacerse continuas.

Precisará reposo de la articulación, en cama o bien caminando sin apoyar dicha pierna, según el tipo y la localización de la prótesis implantada. Igualmente, recibirá instrucciones sobre la rehabilitación que realizar, los movimientos que evitar y sobre cómo utilizar los bastones.



La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención.

La prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuentemente en los pacientes más jóvenes o activos).

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones más importantes de la implantación de una PRÓTESIS ARTICULAR son:

- a) 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.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Infección de la prótesis: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede aparecer incluso años después de la intervención. Cuando se efectúe otra intervención o una manipulación dental puede diseminarse una infección por la sangre, pudiendo afectar a su prótesis. Por dicho motivo deberá especificarlo al médico encargado del proceso.
- d) Lesión de los nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- e) Lesión de los vasos de la extremidad. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- f) Rotura o perforación de un hueso, al colocar la prótesis o más tardíamente.
- g) Luxación: en la mayoría de los casos puede colocarse en su sitio sin necesidad de operar. En otras ocasiones hay que cambiar el implante. Tras la luxación suele colocarse un aparato externo para mantener la articulación en su sitio.
- h) Limitación de la movilidad de la articulación, secundaria en general a la aparición de calcificaciones o de cicatrices adherentes alrededor de la prótesis.
- i) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones: hipotensión arterial severa, al realizar la fijación de la prótesis, que puede conducir a que se pare el corazón y origine la muerte; fallo renal, por compresión de la pierna contraria; reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado, arrancamientos tendinosos, descalcificación con inflamación de la zona (atrofia ósea), aparición de derrames persistentes y falta de unión de un fragmento de hueso, que durante la operación puede tener que cortarse para realizar la operación.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la articulación, descargarla usando un bastón e intentando perder peso, en el caso de las prótesis de la extremidad inferior. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el deterioro progresivo de la articulación.

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 **IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR DE:**

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FRACTURAS VERTEBRALES

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS VERTEBRALES**. 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.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El objetivo de la intervención es intentar la reducción quirúrgica de la fractura o de la lesión y la unión de sus fragmentos mediante dispositivos metálicos con el propósito de conseguir así un resultado lo más próximo posible a la anatomía normal. Se busca también evitar lesiones de la médula espinal, ya que pueden producir disminución de la fuerza, alteración de la función de órganos (por ejemplo: pérdida de control de esfínteres), alteraciones sensitivas o lesiones motoras (paraplejía, tetraplejías, etc.), así como una deformidad permanente en la forma de la columna que, a medio o largo plazo, podría causar dolor, inestabilidad y artrosis precoz.

En aquellos casos en los que exista lesión medular previa puede estar indicada para estabilizar la columna y facilitar la movilización del paciente aunque no mejore dicha lesión medular.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

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

La intervención produce una pérdida sanguínea que puede requerir transfusiones.

Tras la intervención suele existir dolor regional que suele mejorar progresivamente.

Tras la intervención deberá guardar reposo en cama un tiempo variable. También es posible que deba usar un corsé posteriormente, así como limitar su actividad de acuerdo con las instrucciones que reciba.

4. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS TÍPICOS

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.



La cirugía de TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES puede presentar complicaciones:

- a) Trombosis de las venas de las piernas que, en ocasiones, se pueden complicar con embolia pulmonar.
- b) Íleo paralítico (parálisis de los movimientos intestinales).
- c) Lesiones neurológicas irreversibles por afectación de estructuras en relación con la médula espinal, con posibilidad de parálisis de una o varias extremidades o grupos musculares, pérdida de sensibilidad, pérdida del control de esfínteres o impotencia.
- d) Infección de la herida quirúrgica o cicatriz de la intervención.
- e) Lesión de estructuras vecinas a la fractura (vasos, nervios...).
- f) Dolor residual.
- g) Inestabilidad de la columna con posibilidad de afectación o daño neurológico, por compromiso medular.
- h) A medio-largo plazo puede fallar el implante por infección, desgaste o rotura, lo que puede hacer necesaria la retirada del mismo en una nueva intervención quirúrgica.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La alternativa al tratamiento quirúrgico pasa por el reposo en cama y el uso de yesos o corsés, lo que se asocia con frecuencia a complicaciones o malos resultados que se pretenden evitar con la intervención quirúrgica.

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 VERTEBRALES DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 VERTEBRALES DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL TÚNEL DEL CARPO

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA DEL TÚNEL DEL CARPO**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

Consiste en la liberación de un nervio que va hacia la mano o el pie en su paso por un canal estrecho, constituido generalmente por unas estructuras óseas cerradas por un ligamento.

Suele ser un proceso muy común que se manifiesta por dolor en la extremidad y hormigueos en una parte de la mano o del pie, que se presenta en pacientes que utilizan las manos en un movimiento repetitivo, trabajadores de fuerza o que utilizan máquinas vibratorias, que presentan artrosis, que han sufrido una fractura, pacientes que se están dializando o durante el último trimestre del embarazo.

La intervención suele precisar anestesia del brazo o de la cintura para abajo si se opera un lado y anestesia general en el caso de que se intervengan los dos. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

El propósito principal de la operación consiste en mejorar los síntomas (dolor y hormigueos) e impedir la progresión de la compresión del nervio.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

La decisión quirúrgica puede demorarse hasta la presencia de déficit de los movimientos de la mano o del pie que están a cargo del nervio atrapado. Cuanto más evolucionado esté el cuadro, menores serán las posibilidades de recuperación total.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente, recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación que realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.



4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico del TÚNEL DEL CARPO son:

- a) 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.
- b) Lesión de vasos de la extremidad.
- c) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- d) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Infección de la herida.
- f) Cicatriz de la herida dolorosa.
- g) Rigidez de las articulaciones adyacentes, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación del miembro (atrofia ósea).
- h) Reparación de la sintomatología, con el tiempo.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Inicialmente se puede tratar con medicación antiinflamatoria, férula de inmovilización o infiltraciones. El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando existe un dolor importante, el tratamiento realizado con anterioridad es ineficaz o si existe el riesgo de desarrollar lesiones permanentes.

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 **CIRUGÍA DEL TÚNEL DEL CARPO DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **CIRUGÍA DEL TÚNEL DEL CARPO DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DE TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DE TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS**. 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.

2. El propósito principal de la intervención consiste en eliminar el tumor manteniendo el miembro y, al menos parcialmente, su función. En ocasiones precisa de tratamientos complementarios (quimioterapia, radioterapia y/u otros) que, a veces, preceden a la cirugía.

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

4. Aunque depende de la naturaleza y del grado de la lesión, la intervención consiste en extirpar el tumor, idealmente por tejido sano (a veces necesario), y reconstruir el defecto dejado por la resección. La resección puede obligar al sacrificio de estructuras anatómicas cuya ausencia motiva déficits irreparables. La reconstrucción puede hacerse empleando injertos, prótesis y/u otros sustitutivos óseos; a menudo con algún dispositivo de osteosíntesis (placas, tornillos, etc). A veces, sin embargo, no es necesario reparar un hueso o un segmento óseo sacrificado. La reconstrucción de las partes blandas es obligada en todos los casos, ocasionalmente requiriendo la realización de injertos o colgajos de partes blandas. Las transfusiones son frecuentes. Dependiendo del caso, la resección puede completarse con la aplicación de lo que se conocen como adyuvantes locales: alcohol, fenol, nitrógeno líquido, etc.

5. 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.

6. Las complicaciones de la realización de un **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DE UN TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS**, muchas de las cuales obligan a una reintervención quirúrgica y, algunas, pueden comprometer el miembro y hasta la vida del paciente, pueden ser:

- a) Lesiones accidentales de vasos y/o nervios, con las secuelas correspondientes y, excepcionalmente, sangrado masivo con shock hipovolémico y fallecimiento.
- b) Fracturas no previstas.
- c) Infecciones, superficiales o profundas.
- d) Complicaciones protésicas: infecciones, luxaciones, rotura y/o desgaste de alguno de sus componentes, movilización de la prótesis.
- e) Complicaciones de autoinjertos: complicaciones de la herida quirúrgica (seromas, hematomas, infecciones, cicatrices inestéticas y dolorosas), lesiones nerviosas periféricas, contaminación de la herida por el tumor, hernias, etc.
- f) Complicaciones de homoinjertos: fracturas, no uniones, infecciones, reabsorciones espontáneas.
- g) Complicaciones de adyuvantes locales: fracturas, quemaduras de partes blandas vecinas.
- h) Rigidez o anquilosis articular.
- i) Atrofias y debilidad muscular.
- j) Discrepancia de longitud de los miembros.
- k) Otras complicaciones generales: de la herida quirúrgica (seromas, hematomas, infecciones), de las transfusiones, tromboembolismos, síndromes dolorosos regionales complejos (algodistrofias), osificaciones, dolores residuales.
- l) Complicaciones oncológicas: reaparición del tumor en el mismo lugar donde fue extirpado (recidiva local) o a distancia (metástasis).

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Las alternativas al tratamiento dependen de cada caso, que cada facultativo-equipo valora de forma individual. La alternativa a un procedimiento conservador del miembro es una amputación, que suele estar indicada cuando no se puede hacer una resección por los márgenes a los que obliga el tumor ni una reconstrucción funcional.

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 **CONSERVADOR DE TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS DE:**

.....

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **CONSERVADOR DE TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTRODESIS ARTICULAR

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTRODESIS ARTICULAR**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

Consiste en la obtención del bloqueo del movimiento de una articulación mediante la cirugía. Para obtener dicho fin es necesario quitar las superficies de deslizamiento (cartílagos) de los huesos por fijar, su puesta en contacto y su mantenimiento mediante tornillos, placas, fijadores o yeso, hasta que se obtenga la unión. Para acelerar el proceso puede ser necesario añadir un injerto de hueso, generalmente de otra parte del organismo.

La operación puede tener como objetivo la corrección de una deformidad, el tratamiento primario de una fractura con gran destrucción articular que no se pueda reconstruir, el tratamiento de las secuelas dolorosas de una fractura o el tratamiento de una destrucción importante de una articulación donde no esté indicada la colocación de una prótesis.

La intervención precisa anestesia, que puede ser regional o general dependiendo de sus condiciones y de la articulación por fijar. El servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

La principal consecuencia de la intervención es la pérdida definitiva de su movimiento, que compensará en parte con el movimiento de las articulaciones adyacentes. Esta compensación conduce, a largo plazo, a una sobrecarga y a la aparición de artrosis, sobre todo en las articulaciones que soportan peso. La extirpación de parte del hueso también conlleva una pérdida de la longitud del mismo.

Durante la operación existe una pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas. El Servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas.



Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente, recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación que realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la ARTRODESIS ARTICULAR son:

- a) 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.
- b) Lesión de vasos de la extremidad.
- c) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- d) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Infección de la herida.
- f) Fractura de un hueso en el momento de realizar la intervención o con posterioridad a la fusión.
- g) Retardo o ausencia de la consolidación, con persistencia de dolores en la zona.
- h) De forma poco habitual pueden existir complicaciones tales como: cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona operada hacia el extremo del miembro que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), fijación de la articulación en mala posición y reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación afecta. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación o la deformidad.

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 **ARTRODESIS ARTICULAR DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **ARTRODESIS ARTICULAR**:

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTROSCOPIA DE RODILLA**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en la introducción, dentro de la cavidad articular y a través de pequeñas incisiones, de un fino telescopio para visualizar las posibles lesiones y del instrumental necesario para repararlas.

El objetivo es mejorar el diagnóstico por visión directa de la articulación y facilitar su tratamiento sin necesidad de abrirla ampliamente. Se emplea habitualmente para recortar un menisco roto, pero también para limpiar quistes, úlceras, tejidos inflamados o extirpar cuerpos libres o tumoraciones, reparar ligamentos, tomar biopsias, etc.

El procedimiento habitualmente precisa anestesia general, aunque puede efectuarse con anestesia de la cintura para abajo. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

En la mayoría de los casos de lesión meniscal se precisa la extirpación total o parcial de los meniscos, lo que provoca el cese de su función de amortiguación, que puede predisponer al desgaste precoz de la articulación.

Después de la intervención presentará inflamación en la articulación, que se traducirá en un derrame más o menos importante y en molestias en la zona de las heridas debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas o meses.

Para lograr el éxito de esta intervención es imprescindible la colaboración del paciente en la realización precoz de los ejercicios de rehabilitación, de los que recibirá las oportunas instrucciones. Con ello evitará la eventual atrofia muscular o la corregirá conforme ejercite su musculatura.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

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.



La cirugía artroscópica DE RODILLA puede presentar complicaciones:

- a) Derrames articulares que podrían precisar evacuación por punción.
- b) En pacientes con lesiones degenerativas asociadas (artrosis, por ejemplo), podría provocar la persistencia o incremento de las molestias propias de tal patología.
- c) Infección articular, que precisaría nuevas operaciones y podría dejar graves secuelas de rigidez/dolor.
- d) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- f) Lesión de los nervios de la pierna, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- g) Rigidez de la rodilla, que puede llegar a ser severa y dolorosa, acompañada o no de inflamación importante y descalcificación de la zona (atrofia ósea), que precisaría de largos periodos de rehabilitación, o incluso de movilizaciones bajo anestesia o liberación quirúrgica.
- h) Fallo del instrumental (roturas) dentro de la articulación.
- i) Lesión de las estructuras intraarticulares por el instrumental empleado.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación de la rodilla usando un bastón. La fisioterapia también puede ayudar a mejorar la función de la rodilla. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas sin corregir su patología y posible alteración biomecánica, no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación.

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 **ARTROSCOPIA DE RODILLA**:

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **ARTROSCOPIA DE RODILLA:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LESIONES DE LOS LIGAMENTOS DE LA RODILLA

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **LESIONES DE LOS LIGAMENTOS DE LA RODILLA**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

La rodilla es la articulación donde encaja el hueso del muslo (fémur) con el hueso de la pierna (tibia). El ligamento cruzado anterior se encuentra situado en el centro de la articulación y tiene la función de estabilizar la rodilla junto con otras estructuras. Su rotura puede producir episodios repetidos de "fallo" que cursan con dolor y a veces con derrame de la rodilla y que, a medio o largo plazo, suele provocar una degeneración de la articulación. Muy frecuentemente la rotura del ligamento cruzado anterior se acompaña de otras lesiones en la rodilla: de los meniscos, del cartílago o de los ligamentos.

La intervención consiste en la reconstrucción del ligamento dañado, ya sea con una sutura, con otro tendón de la rodilla, con un ligamento de un donante o con una transposición de otro tendón o ligamento vecino. Para su anclaje se emplean implantes metálicos. En algunos casos habrá que efectuar uno o más túneles para fijar el nuevo ligamento o sacar una pastilla de hueso que será fijada.

El objetivo del procedimiento es el de mejorar la función de la rodilla, dotar a la articulación de una mayor estabilidad y retrasar la progresión de las lesiones.

La intervención precisa de anestesia general o bien de anestesia raquídea (de cintura para abajo). El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación, se le administrará la medicación oportuna.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará dolor en la zona de la rodilla, debido a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas o meses o bien hacerse continuas.



Precisará guardar reposo en cama unos días, y posteriormente recibirá instrucciones sobre la rehabilitación que realizar y sobre cómo utilizar las muletas. Además, puede necesitar una rodillera o una escayola durante algún tiempo. En algunos casos es necesaria una segunda intervención para retirar los implantes metálicos colocados, cuando provoquen algún tipo de molestias y una vez que hayan cumplido su función.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de LIGAMENTO/S puede presentar complicaciones:

- a) 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.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Infección: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede ocurrir incluso meses después de la intervención.
- d) Lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- e) Lesión de los nervios de la pierna que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- f) Rigidez de la rodilla por la formación de una cicatriz adherente que puede requerir una movilización bajo anestesia. Esta rigidez puede aparecer aislada o acompañada de inflamación importante y descalcificación de la zona (atrofia ósea).
- g) Persistencia o reaparición de inestabilidad en la rodilla, habitualmente por desinserción o rotura del nuevo ligamento.
- h) Aparición de fracturas en las zonas donde se extrae el tendón que sirve como injerto o por los túneles óseos donde se ancla el nuevo ligamento.
- i) Atrofia muscular importante.
- j) Derrames de repetición en la rodilla.
- k) Aparición de artrosis de rodilla.
- l) Rechazo del implante cuando éste proviene de un donante o bien es uno sintético/artificial.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y realizar rehabilitación intensiva. La rodilla puede protegerse con la utilización de una rodillera con unos ejes metálicos laterales, de forma continua o durante la actividad deportiva. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas pero puede que no evite los fallos de dicha rodilla o que no detenga el desgaste progresivo de la articulación.

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 **LESIONES DE LOS LIGAMENTOS DE LA RODILLA:**

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **LESIONES DE LOS LIGAMENTOS DE LA RODILLA:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE LAS LESIONES MENISCALES DE LA RODILLA

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **REPARACIÓN DE LAS LESIONES MENISCALES DE LA RODILLA**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

La rodilla es la articulación donde encaja el hueso del muslo (fémur) con el hueso de la pierna (tibia). El ligamento cruzado anterior se encuentra situado en el centro de la articulación y tiene la función de estabilizar la rodilla junto con otras estructuras. Su rotura puede producir episodios repetidos de "fallo" que cursan con dolor y, a veces, con derrame de la rodilla y que, a medio o largo plazo, suele provocar una degeneración de la articulación. Muy frecuentemente la rotura del ligamento cruzado anterior se acompaña de otras lesiones en la rodilla: de los meniscos, del cartílago o de los ligamentos.

La intervención consiste en la reconstrucción o reparación del menisco tibiofemoral dañado. Su reparación se efectuará resecaando la parte dañada, suturando la rotura o colocando un menisco procedente de un donante o sintético. Para su anclaje se necesitarán suturas e implantes reabsorbibles.

El objetivo del procedimiento es el de mejorar la función de la rodilla, dotar a la articulación de una mayor estabilidad, evitar otras lesiones articulares y retrasar la degeneración articular.

La intervención precisa de anestesia general o bien de anestesia raquídea (de cintura para abajo). El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación, se le administrará la medicación oportuna.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará dolor en la zona de la rodilla, debidos a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.



Precisará guardar reposo en cama unos días y posteriormente recibirá instrucciones sobre la rehabilitación que realizar, durante cuánto tiempo y sobre cómo utilizar las muletas. Además, puede necesitar una rodillera o escayola durante algún tiempo.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de REPARACIÓN DE LAS LESIONES MENISCALES DE RODILLA puede presentar complicaciones:

- a) 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.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Infección: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede ocurrir incluso meses después de la intervención.
- d) Lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- e) Lesión de los nervios de la pierna, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- f) Rigidez de la rodilla por la formación de una cicatriz adherente que puede requerir una movilización bajo anestesia. Esta rigidez puede aparecer aislada o acompañada de inflamación importante y descalcificación de la zona (atrofia ósea).
- g) Persistencia o reaparición de inestabilidad en la rodilla, habitualmente por desinserción o rotura del nuevo ligamento.
- h) Aparición de fracturas en las zonas donde se extrae el tendón que sirve como injerto o por los túneles óseos donde se ancla el nuevo ligamento.
- i) Atrofia muscular importante.
- j) Derrames de repetición en la rodilla.
- k) Aparición de artrosis de rodilla.
- l) Rechazo del implante cuando éste proviene de un donante o bien es uno sintético/artificial.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio durante un tiempo y efectuar reposo relativo, evitando la actividad intensa y deportiva. La rodilla puede protegerse con la utilización de una rodillera con unos ejes metálicos laterales de forma continua o durante la actividad deportiva. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas pero puede que no evite los fallos de dicha rodilla, el bloqueo o que no detenga el desgaste progresivo de la articulación que le hagan necesario una intervención posterior.

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 **REPARACIÓN DE LAS LESIONES MENISCALES DE LA RODILLA:**

.....
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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente).....ha recibido la hoja de información

que le ha entregado el Dr./la 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 **REPARACIÓN DE LAS LESIONES MENISCALES DE LA RODILLA:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA. Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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 Fdo. EL/LA TESTIGO
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HALLUX VALGUS Y DEDOS EN GARRA

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **HALLUX VALGUS Y DEDOS EN GARRA**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

El "juanete" o hallux valgus es una deformidad del pie en la cual el dedo gordo se desvía hacia los otros dedos, deformándolos secundariamente. Esta enfermedad afecta, en mayor o menor grado, a los dos pies. La desviación del dedo gordo produce, además, una prominencia que, con gran frecuencia, se inflama y, en ocasiones, se infecta y ulcera provocando cuadros muy dolorosos. Igualmente puede dar callosidades dolorosas en los otros dedos y en la planta del pie, y deformidad en flexión de los dedos adyacentes.

La corrección de la deformidad se puede efectuar por numerosas técnicas: sección y alineación del hueso deformado, creación de una nueva articulación mediante la extracción de una parte del hueso del dedo, así como de la prominencia de ese mismo dedo o mediante la liberación y reanclaje de algunos tendones.

El objetivo de la intervención consiste en aliviar el dolor, corregir la deformidad del dedo, prevenir el dolor en la planta del pie, evitar la aparición de otras deformidades y mejorar la marcha.

El procedimiento precisa habitualmente de anestesia de la cintura para abajo o general. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de trombosis en las venas se le administrará la medicación oportuna.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

La corrección de la deformidad conlleva el acortamiento de los dedos intervenidos, así como una incapacidad para moverlos adecuadamente. Dicha incapacidad suele ser temporal.

Después de la intervención sufrirá dolor en la zona de la herida debida a la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas o meses o bien hacerse continuo.

Precisará guardar reposo los primeros días, aunque desde el 2.º día después de la intervención tendrá que comenzar a movilizar el dedo operado según se le indique.



4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de tratamiento de la HALLUS VALGUS/DEDOS EN GARRA puede presentar complicaciones:

- a) 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.
- b) Lesión de los vasos adyacentes.
- c) Lesión de los nervios adyacentes, que puede condicionar dolor local o adormecimiento del dedo.
- d) Lesión tendinosa.
- e) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- f) Infección de la herida, que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda, que requiere, además de antibiótico, apertura de la herida y drenaje.
- g) Rigidez de la articulación intervenida, acompañada o no de inflamación importante y descalcificación de los huesos (atrofia ósea).
- h) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones como: reaparición de la deformidad con el tiempo o producción de la deformidad contraria, necrosis (muerte) de la piel de la zona intervenida, retrasándose el proceso de curación, pérdida de la vascularización de uno de los huesos que se ha seccionado para corregir la deformidad, cicatriz de la operación dolorosa y antiestética.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

El tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, calzado adecuado, plantillas de descarga, fundas de silicona o algún dispositivo similar puede servir para mejorar las molestias pero no para corregir la deformidad.

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 **HALLUX VALGUS Y DEDOS EN GARRA DE:**

.....
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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **HALLUX VALGUS Y DEDOS EN GARRA DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE CEMENTOS BIOLÓGICOS Y/O CERÁMICOS

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **IMPLANTE DE CEMENTOS BIOLÓGICOS Y/O CERÁMICOS**. 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.

2.El propósito principal de la intervención consiste en rellenar un defecto óseo consecutivo a la resección de una lesión intraósea ocupante de espacio, a una fractura con compactación del hueso esponjoso o a la acción de un granuloma inflamatorio.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en rellenar una cavidad localizada en el interior de un hueso que normalmente debería estar ocupada por tejido óseo. Salvo en los casos consecutivos a fracturas, previamente al relleno, es necesario vaciar la cavidad de su contenido y tratar sus paredes para disminuir las posibilidades de reanudación o recidiva del proceso que eliminó el tejido óseo normal. Para llevar a cabo este propósito puede ser necesario realizar una o varias de las siguientes técnicas quirúrgicas:

- 4.1. Abordaje de la lesión ósea, que dependerá en gran medida del tipo de patología desencadenante.
- 4.2. Realización de una ventana en el hueso afectado (sólo para lesiones cerradas).
- 4.3. Vaciado del contenido de la cavidad.
- 4.4. Curetaje de las paredes de la cavidad.
- 4.5. En algunas lesiones de origen tumoral puede estar indicada la ampliación del margen de seguridad mediante el tratamiento de las paredes de la cavidad; este tratamiento puede ser mecánico (fresado), químico (pincelaciones con una solución de fenol) o térmico (relleno con nitrógeno líquido).
- 4.6. Relleno de la cavidad con el cemento elegido.
- 4.7. Fijación del tape óseo de la ventana. Puede realizarse con puntos transóseos o con material de osteosíntesis metálico.
- 4.8. En algunas ocasiones puede estar indicada la utilización de un material de osteosíntesis de soporte.
- 4.9. Inmovilización provisional de las articulaciones adyacentes a los huesos tratados.
- 4.10. Inserción de sistemas de drenaje.



5. 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.

6. Las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas para IMPLANTE DE CEMENTOS BIOLÓGICOS Y/O CERÁMICOS pueden ser muy variadas:

- a) Enfermedad tromboembólica.
- b) Lesión de los vasos, arteriales y/o venosos, adyacentes.
- c) Lesión, parcial o total y provisional o permanente, de los troncos nerviosos adyacentes.
- d) Lesión, a medio o largo plazo, de los nervios descomprimidos, por falta de aporte sanguíneo.
- e) Lesión de los músculos, ligamentos y tendones adyacentes.
- f) Osificaciones y/o calcificaciones en las zonas de despegamiento muscular.
- g) Infección de la herida quirúrgica que, según su gravedad y profundidad, puede llegar a afectar a articulaciones y huesos adyacentes.
- h) Infección de la cavidad ósea rellena por el cemento en cuestión. Pueden ser precoces o tardías.
- i) Intolerancia o reacciones alérgicas al material implantado.
- j) Hematomas en los labios de la herida o a nivel subcutáneo.
- k) Cicatrices hipertróficas.
- l) Rigidez de las articulaciones adyacentes, generalmente de carácter pasajero.
- m) Síndromes algodistróficos por trastorno vasomotor.
- n) Síndromes compartimentales.
- ñ) Retardo o ausencia de consolidación de la tapadera de la ventana ósea.
- o) Fracturas a nivel de la zona ósea tratada.
- p) Intolerancia al material de osteosíntesis (especialmente en fijadores externos).
- q) Rotura del material de osteosíntesis.
- r) Infecciones secundarias en torno al material de osteosíntesis.
- s) Menos frecuentemente, pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, urológicas, gastrointestinales y confusión mental postoperatoria, sobre todo en pacientes de edad avanzada.
- t) En casos excepcionales, y como consecuencia de lesiones de vasos importantes, podría llegar a ser necesaria la realización de transfusiones sanguíneas.
- u) En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia, o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos, puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimiento, ampollas...).

7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

No existen.

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 **IMPLANTE DE CEMENTOS BIOLÓGICOS Y/O CERÁMICOS EN:**

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, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **IMPLANTE DE CEMENTOS BIOLÓGICOS Y/O CERÁMICOS EN:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAMINECTOMÍA Y DISCECTOMÍA POR HERNIA DISCAL

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, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **LAMINECTOMÍA Y DISCECTOMÍA POR HERNIA DISCAL**. 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.

2. PROCEDIMIENTO

Una hernia discal consiste en la salida parcial o masiva del núcleo pulposo del disco intervertebral a través de una rotura en el anillo fibroso que lo envuelve. Inmediatamente posteriores al disco intervertebral se encuentran la médula y las raíces nerviosas, que recogen la sensibilidad y proporcionan la movilidad a las piernas. Cuando el material del núcleo pulposo se hernia posteriormente, puede comprimir estas estructuras neurológicas y producir dolor severo lumbar o a lo largo del territorio del nervio comprimido (a lo largo de la pierna), o incluso la pérdida de fuerza o la parálisis de algún músculo de la pierna o el pie.

La intervención quirúrgica consiste en practicar una pequeña abertura en la zona posterior de la vértebra (laminectomía) para poder acceder a la hernia discal y realizar entonces una extirpación de todo el material discal (discectomía), liberando así la compresión de las estructuras neurológicas.

Esta intervención precisa anestesia, normalmente general.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerirse la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas de las extremidades inferiores o de infección en la herida quirúrgica.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas. Ha de entender que la producción de una hernia discal significa el deterioro del disco intervertebral y que la cirugía servirá para resolver la compresión neurológica que produce, pero no devolverá el disco a su situación previa. Por ello, cabe esperar una resolución inmediata del dolor en las piernas (que está producido por esta compresión neurológica), pero también cabe esperar una resolución no completa del dolor lumbar.

Durante unos días precisará reposo. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación que realizar. El dolor y la contractura local suelen hacer necesaria la colocación de ortesis lumbares (fajas) durante un tiempo limitado.



Durante la operación existe una pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la LAMINECTOMÍA MÁS DISCECTOMÍA son:

- a) 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.
- b) Lesión de la médula o de las raíces nerviosas. Ello puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- c) Lesión del llamado saco dural, que envuelve las estructuras neurológicas. Ello puede provocar la aparición de una fístula de líquido cefalorraquídeo después de la operación, que obligaría a reposo prolongado en cama y, en ocasiones, a una nueva intervención quirúrgica.
- d) Obstrucción venosa en las extremidades inferiores con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Hematoma en la herida quirúrgica. Éste puede ser superficial o profundo. En ocasiones puede requerir el vaciado quirúrgico del mismo mediante una nueva operación. En ocasiones este hematoma puede sobreinfectarse.
- f) Infección de la herida. Ésta puede ser superficial o profunda y puede requerir una nueva intervención quirúrgica para limpiar todo el tejido infectado. Si la infección afecta las estructuras neurológicas y el líquido cefalorraquídeo que las envuelve puede producirse una meningitis.
- g) Reproducción de la hernia por restos de tejido discal que no hayan sido extraídos.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo, colocar una ortesis lumbosacra (faja lumbar) y realizar tratamiento rehabilitador.

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 **LAMINECTOMÍA Y DISCECTOMÍA POR HERNIA DISCAL DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la 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 **LAMINECTOMÍA Y DISCECTOMÍA POR HERNIA DISCAL DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(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



RESULTADOS

Hemos analizado detenidamente el contenido de 32 consentimientos informados que son los que con mayor frecuencia se utilizan en la mayor parte de las intervenciones de ortopedia y cirugía traumatológica en Alemania y confrontado los mismos con 33 consentimientos informados que se utilizan de igual manera en la mayor parte de este tipo de intervenciones hospitalarias en el área de la cirugía ortopédica y la traumatología en España.

Cabe destacar la existencia de pocas, aunque relevantes, las actuaciones del consentimiento informado en intervenciones de tipo médico, únicamente pudiendo destacar la quiroterapia o terapia manual como denominan en ese país, comúnmente llamado en España manipulaciones, es decir, someter a una articulación de forma impulsiva y rápida al influjo de una fuerza por el médico con la finalidad de alinear un segmento articular, especificando además que dicho procedimiento solo puede ser realizado por un médico y no como en España por cualquier profesional sanitario dedicado a tal fin.

Por otra parte en España se define también como acto médico, de consulta si cabe incluso, el procedimiento denominado infiltración, no siendo más que el depósito en el espacio articular o periarticular de una sustancia con fines antiinflamatorios, analgésicos y incluso regeneradores si cabe el caso que las estructuras que forman parte del aparato articular de que se trate. Ambos procedimientos se realizan con bastante frecuencia en las consultas de las especialidades de traumatología u otras afines como la rehabilitación o la medicina del deporte.

Sin más preámbulo y centrándonos en la densidad de este estudio pasamos a la valoración de los documentos que se utilizan en la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas, tanto de carácter invasivo como mínimo invasivo dicese la artroscopia como la líder en número y que cada vez ha ido sustituyendo a la mayor parte de las demás en la zona articular y minimizando los riesgos y tiempos de estancia hospitalaria como ya sabemos.

En cuanto a la valoración de los consentimientos cabe destacar que a grandes rasgos se aprecia un modelo de consentimiento más descriptivo e ilustrado de modelo en la mismas intervenciones quirúrgicas, de tal forma que coinciden en los datos de filiación como parte inicial, automatizados en una etiqueta en el caso de Alemania pero de puño y letra en el caso de España. El segundo caso parece más propio y adecuado puesto que le permite al paciente identificarse por sí mismo sin necesidad de recursos mecanográficos.

En cuanto al desarrollo del cuerpo de dicho documento apreciamos una variación importante en cuanto a los datos que se informan al paciente, sobre todo en la forma en que los mismos se expresan y teniendo en cuenta que hablamos de la misma intervención en dos países del mismo continente. En concreto en el caso alemán existe una descripción breve pero somera y acertada por

su sencillez, e ilustrada de la zona anatómica en que se desarrolla la lesión seguida de una explicación de la patología con la que nos encontramos y las posibilidades terapéuticas posibles a seguir, dirigidas de manera clara en base al desarrollo pregunta- respuesta, muy apropiado en este tipo de situaciones en que nos dirigimos al público en general.

Seguidamente y ambos en común detallan acertadamente las alternativas que se podrían ofrecer a la intervención principal propuesta, no sin antes enunciar pormenorizadamente, según el consentimiento que se trate, las complicaciones, posibilidades de éxito, riesgos y/o efectos secundarios que pudieran darse antes, durante y tras la realización de la intervención. En ésta última sección llama la atención, en el caso español, la mención en la mayor parte de los casos de la posibilidad más catastrófica de dicha situación: el posible riesgo de perder la vida, no siendo el caso del otro país que enuncia con situaciones de rara vez, raramente, quizá... en situaciones similares.

A continuación el consentimiento varía de forma brusca en un caso y otro pues se pasa a definir detalles, que técnicamente son demasiados específicos para ser entendidos por la mayor parte de los pacientes en el caso alemán llegando a ser incluso ininteligibles. Parece que debería ser entendible por pacientes que carezcan de una nivel cultural alto y no es el caso, por lo que pormenorizar detalles técnicos que solo conducen a la confusión no es apropiado.

Hacer un consentimiento informado adecuado no es solo hacerlo técnico, sino claro, sencillo y entendible, así como un formato y una presentación agradable a la lectura. Este caso no se presenta en el caso español pues sin llegar entrar en detalles muy técnicos roza aunque con cierta escasez y muy genérico el contenido del procedimiento que se tratase.

Como última parte cabe invitar al más que acertado test de comprobación del estado de salud con respuestas dirigidas que propone el modelo centro europeo, pues identifica claramente el no obviar cuestiones de riesgo en la intervención que podrían haber pasado desapercibidas en la historia clínica. Detalles como el padecer una enfermedad metabólica, infecciosa, alérgica o estar o haber tomado una medicación que no recordamos en ese momento puede condicionar mucho el resultado final del proceso. Cuestiones como hábitos tóxicos, tener alguna alteración en la coagulación, estar embarazada o conocer la respuesta postquirúrgica previa de una intervención anterior son de especial relevancia.

Acto seguido el modelo propone una serie de recomendaciones y expone claramente la decisión del paciente a someterse a dicha intervención aceptando los riesgos propios de la intervención por una buena praxis a la que se debe por ética el profesional. Es posible que se diera el caso que la situación personal o de salud del paciente cambiase por lo que se deja un epígrafe para la revocación del consentimiento español, que más que ofrecer información confunde la firma en la zona indebida en gran parte de las acciones de este documento por lo que es suficiente con retirar dicho documento y/o firmarlo nuevamente de puño y letra con la palabra REVOCACIÓN.

CONCLUSIONES

Las características que fundamentan este estudio detallado pormenorizado llevan a realizar una serie de afirmaciones que se especifican en un documento que firman en igualdad de conocimientos generales el profesional médico en acuerdo con el perjudicado y un testigo.

Dicho documento no justifica más que la confirmación tradicional de obrar la buena fe que implica el utilizar los mejores medios al alcance del profesional y del paciente, así como la optimización de los mismos para llegar a un buen resultado. No es como coloquialmente se define como un documento de protección médica y defensa del profesional, aún cuanto menos de una mala praxis que no exonera, en ningún caso con dicho documento. Sino mas bien la justificación de haber proporcionado al paciente el mejor de los medios y la mejor información disponible ante la toma de una decisión que llega a poner en riesgo su vida o la integridad de su salud. Por todo ello, y salvando las distancias culturales y técnicas complejas entre profesional y paciente, se propone un modelo de consentimiento informado en el área de traumatología que afecta a la mayor parte de las intervenciones que se realizan en la actualidad en dicha área.

Dicho documento en todos sus epígrafes es reproducible de idéntica manera en alemán, español e inglés, que además engloba el mayor núcleo de habitantes que forman parte de la unión europea. Se propone un modelo genérico en este documento acompañado de un soporte digital aún más pormenorizado que es variable con inclusiones de nuevas intervenciones que ya está aceptado en fase de propuesta pública en las redes por las sociedades científicas de los países anglosajones (Reino Unido), germanos (Alemania y Austria) y España.

Dicho modelo es un documento único con formato doble DIN A4, es decir, un DIN A3, tipo dptico que tiene una primera página en que se reflejan los datos de la intervención, filiación, representación, datos del centro y del profesional que propone el acto. Una segunda y tercera página que detallan de una forma incluso ilustrada la zona a tratar, el procedimiento a realizar, las diferentes alternativas y sus complicaciones, riesgos, efectos no deseados o posibles resultados. Y por último una cuarta página a modo contraportada que obliga al paciente a recordar detalles que pueden ser importantes de cara a someterse a un procedimiento con toda la información. Solicita expresamente dar su autorización y aceptar la toma de decisiones imprevisibles por parte del profesional, entre las que además incluye la toma de imágenes con carácter docente.

Dicho documento debe firmarse no sólo por el perjudicado sino por un testigo y por el profesional que propone la intervención. Dicho modelo reúne las características de entendimiento, practicidad, ilustrativo, informativo y cumple el imperativo legal que rige la buena praxis médica que se prevé en todo acto médico/quirúrgico.

ERGEBNISSE

Wir haben den Inhalt von 32 Einverständniserklärungen analysiert, welche am häufigsten Verwendung finden in der Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland. Ihnen gegenübergestellt haben wir 33 Einverständniserklärungen, welche zum Grossteil in derselben Art und Weise bei stationären Eingriffen im Bereich der Orthopädie und der Traumatologie Anwendung finden.

Hervorzuheben sind hierbei einige wenige dafür aber um so wichtigere Handlungen der Einverständniserklärung im Bereich der ärztlichen Eingriffe, in welchem wir einzig und allein die Chirotherapie oder Manuelle Medizin hervorheben können, welche in Spanien üblicherweise als Manipulation bezeichnet wird; der mit schnellem Impuls geführte Handgriff eines Gelenkes im Zusammenspiel mit vom Arzt gesteuerter Kraft, um die Einreihung eines Gelenkteiles zu erreichen. Mit der Anmerkung, dass dieses Verfahren nur von einem Arzt durchgeführt werden kann und nicht, wie in Spanien, vom in diesem Bereich tätigen medizinischen Fachpersonal.

Andererseits wird in Spanien die Infiltration bereits als ärztliche Handlung und wenn nicht sogar schon als ambulante Behandlung gewertet, das einfache Einspritzen von Entzündungshemmern, Schmerzmitteln und gegebenenfalls von Regeneratoren in die Gelenkhöhle oder gelenknahen Bereich, welche Teil des Gelenkapparates bilden. Beide Verfahren werden häufig in den Bereichen der Traumatologie, in der Rehabilitation und Sportmedizin genutzt.

Ohne weitere Ausschweifungen konzentrieren wir uns auf den Kern der Studie und betrachten die Dokumente, die grösstenteils bei chirurgischen Eingriffen Anwendung finden, sei es invasiver Art oder auch leicht invasiv, hier sei die Arthroskopie als Spitzenreiter nach Zahlen genannt, die fast alle anderen Behandlungen im Bereich der Gelenke ersetzt, die Risiken minimiert und den Krankenhausaufenthalt verkürzt, wie wir bereits wissen.

Hinsichtlich der Einschätzung der Einverständniserklärungen heben wir heraus, dass das Formblatt für chirurgische Eingriffe im Grossen und Ganzen besser erklärt und illustriert ist. Hier wird bei Beiden die Demographie im ersten Teil geführt, als automatisierter Aufdruck bei den deutschen Blättern und handschriftlich bei den Spanischen. Der zweite Fall scheint hier praktischer und angebrachter, denn so kann sich der Patient selbst ausweisen, ohne auf automatische Prozesse zurückgreifen zu müssen.

Hinsichtlich der Ausführungen im Körper der Textes, fällt uns ein grosser Unterschied hinsichtlich der Daten auf, mit welchen der Patient versorgt wird, vor allem auch in der Art und Weise wie erklärt wird, unter Berücksichtigung dass wir vom selben Eingriff in zwei Ländern auf dem selben Kontinent reden.

Konkret erfolgt hier im deutschen Fall eine kurze, aber umfassende und durch ihre Einfachheit bestechende Erklärung, belegt mit Abbildungen des zu behandelnden Gebietes, gefolgt

von der Erklärung der Pathologie mit der wir zu tun haben, mitsamt der möglichen therapeutischen Methoden. Alles wird klar verständlich im Frage/Antwort Stil strukturiert, was sehr angebracht ist, wenn wir uns an ein breites Publikum richten.

Dem folgt und beide beschreiben richtigerweise sehr ausführlich die Alternativen, welche anstelle des vorgeschlagenen Eingriffs, erfolgen könnten. Vorab wird hier stichpunktartig informiert - und auf den jeweiligen Eingriff abgestimmt - welche Komplikationen, Erfolgschancen und Risiken/Nebenwirkungen sich hier vor, während und nach dem Eingriff eintreten könnten.

In diesem letzten Abschnitt sticht ins Auge, dass sich die spanische Version ausschliesslich mit dem schlimmsten der Fälle (des Lebensverlusts) zu beschäftigen scheint, der in der besagten Situation entstehen kann. Während das andere Land ähnliche Situation als selten, äusserst selten und möglicherweise angeben.

Im Anschluss unterscheiden sich beide Erklärungen ganz drastisch von einander, wird hier in der deutschen Version an Fallbeispielen im Detail erklärt, was eigentlich zu fachspezifisch und schon fasst unverständlich für den Grossteil der Patienten zu sein scheint. So sollte es verständlich sein für Patienten ohne grossartige Vorbildung, was aber nicht der Fall ist und daher die Auflistung technischer Details nur zur Verwirrung führt, was nicht dem Zweck dient.

Um eine detaillierte Einverständniserklärung zu erstellen, darf es nicht nur um die technischen Daten gehen, sondern es muss klar, einfach und verständlich gehalten sein und sollte zudem ansprechend in Format und Aufmachung zu lesen sein.

Das spanische Beispiel entspricht dem nicht. Hier werden technische Daten der Behandlung überflogen und relativ spärlich und sehr verallgemeinernd ausgeführt, Der Schlussteil mit den zutreffenden Gesundheits Checks und vorgebenen Antworten welches das mitteleuropäische Formblatt enthält, stellt ohne Zweifel klar, das Risikofragen, welche in der Krankenakte evtl nicht aufgefallen sind, nicht übergangen werden dürfen.

Details wie die Existenz von Stoffwechsel-und Infektionskrankheiten, Allergien oder die Einnahme von Medikamenten in der Vergangenheit oder Gegenwart, an welche wir uns zu diesem Zeitpunkt nicht erinnern, können das Ergebnis des Verfahrens erheblich verändern.

Fragen zu gesundheitsschädigenden Gewohnheiten, Veränderung der Blutgerinnung, schwanger sein oder die Kenntnis über eine Nachoperation vor dem eigentlichen Eingriff, sind besonders von Bedeutung.

Im Anschluss gibt das Formblatt eine Reihe von Empfehlungen und unterstreicht ausdrücklich die Entscheidung des Patienten sich dem Eingriff zu unterziehen, mit Einverständnis der Risiken die der Intervention zu eigen sind, unter fachgerechter Ausführung vorgeschrieben durch den Ärztekodex.

Es kann sein, dass sich die persönlichen Lebensumstände oder die Gesundheit des Patienten

verändern, weshalb ein Teil im Dokument freigelassen wird, für den Widerruf der spanischen Einverständniserklärung, welches anstelle Informationen zu geben, die Unterschrift an den meisten Stellen des Dokuments falsch vorgibt, weshalb es ausreichend ist, das Dokument einzufordern und/oder neu mit dem Wort WIDERRUF und namentlich zu unterschreiben.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Eigenschaften, die diese Studie detailliert begründen, führen eine Reihe von Bestätigungen an, welche bei einem Dokument nötig sind, welches gleichermassen und unter Gleichstellung von Allgemeinwissen vom ausführenden Arzt und dem Betroffenen und einem Zeugen unterschrieben wird.

Das besagte Dokument untermauert die traditionelle Bestätigung, im guten Glauben zu handeln unter Anwendung der besten, dem Spezialisten und Patienten zur Verfügung stehenden, Mittel sowie deren Optimierung um ein gutes Ergebnis zu erreichen. Es handelt sich hierbei nicht, wie umgangssprachlich bezeichnet, um ein Dokument zur ärztlichen Absicherung und Verteidigung des Fachspezialisten, es enthebt in keinem Fall der Verantwortung bei Kunst- oder Behandlungsfehlern.

Es ist vielmehr eine Begründung, dem Patienten die besten Mittel zur Verfügung gestellt und ihn optimal informiert zu haben, vor der Entscheidungsfindung welche sein Leben und die Integrität seiner Gesundheit riskiert. Daher und von der kulturellen und fachspezifischen Distanz zwischen Spezialist und Patient einmal abgesehen, wird ein Formblatt zur Einverständniserklärung im Bereich der Traumatologie vorgeschlagen, welches den Grossteil der Eingriffe betrifft, welche im besagten Bereich durchgeführt werden.

Das besagte Dokument ist in seiner ganzen Struktur identisch abrufbar in den Sprachen Deutsch, Spanisch und Englisch, was zudem den Kern der Bewohner der europäischen Gemeinschaft trifft. Es wird ein allgemeiner Vordruck vorgeschlagen, in Begleitung eines digitalen und noch ausführlicheren Trägers, variable je nach neuen Eingriffen, die bereits in der Vorschlagsphase durch die wissenschaftliche Gesellschaft der angelsächsischen Länder (Grossbritannien), Germanen (Deutschland und Österreich) und Spanien, zugelassenen worden sind.

Das besagte Modell ist ein doppeltes Din A4 Dokument, sprich ein DinA3, im zweiseitigen Format. Auf der ersten Seite verzeichnet: die Eingriffsdaten, Demographie, Vertretung und Daten der Klinik und des Arztes, welcher den Eingriff vorschlägt. Auf der zweiten und dritten Seite werden die Erläuterungen und der betreffende Körperteil bildlich dargestellt, mit dem vorgesehenen Eingriff, den verschiedenen Alternativen und Komplikationen, Risiken, Nebenwirkungen und möglichen Ergebnissen.

Und abschliessend, auf der vierten Seite, also Rückseite, solche - für den Eingriff relevante-Daten, die vom Patienten erinnert werden müssen, in aller Ausführlichkeit. Es wird ausdrücklich gefordert, Genehmigung zu erteilen und die Akzeptanz unvorhergesehener Entscheidungen durch den Arzt, die Erstellung von Bildmaterial zu Lehrzwecken eingeschlossen.

Das besagte Dokument ist nicht nur vom Betroffenen zu unterzeichnen, sondern auch von einem Zeugen und dem Arzt, welcher den Eingriff vorschlägt. Dieses Modell vereint die Eigenschaften von Verständnis, Durchführbarkeit und Information und erfüllt die gesetzlichen Anforderungen für die gute medizinische Praxis, die bei jedem medizinischen / chirurgischen Eingriff zu erwarten ist.

INTERVENCIÓN

NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN

Procedimiento médico

Procedimiento quirúrgico

PACIENTE

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

REPRESENTANTE LEGAL

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle el procedimiento/tratamiento que aquí se describe.

Datos del centro sanitario

Hospital

Centro médico

NOMBRE DEL CENTRO SANITARIO

Clínica

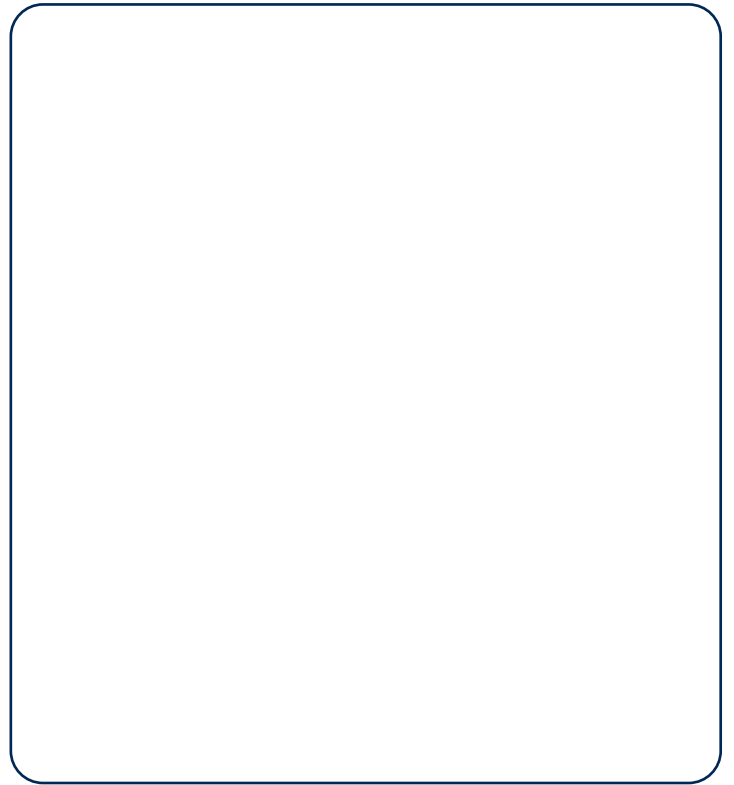
Consulta

El Dr./Dra. _____, con nº de colegiado _____ y especialidad _____, declara haber explicado que es conveniente la realización de la técnica que se describe en este documento, una vez valorado el paciente, y que esta información ha sido aceptada y entendida por el paciente que, voluntariamente o a través de su representante, da su consentimiento para su ejecución.

RECUERDO ANATÓMICO

Descripción

Gráfico



PATOLOGÍA

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

- No realizar tratamiento (alta voluntaria / rechazo terapéutico)
- Tratamiento conservador/médico:
- Tratamiento quirúrgico:

INTERVENCIÓN

Gráfico

Descripción



EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN

COMPLICACIONES Y RIESGOS

ALTERNATIVAS ANTE IMPREVISTOS

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

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 intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir.

El riesgo de intervenciones médicas sobre el estado de mi salud puede estar influido por mi estado físico actual o el padecimiento de lesiones o enfermedades previas. Es necesario que el médico reconozca posibles puntos potenciales de riesgo, por lo que a la formulación de las siguientes preguntas declaro:

1. ¿Es usted alérgico o tiene algún tipo de intolerancia (p. ej. a medicación, metales, tiritas, látex, comida...)? Sí No
2. ¿Sufre de alguna enfermedad infecciosa aguda o crónica (p. ej. hepatitis, SIDA, tuberculosis) u otra enfermedad crónica grave (p. ej. glaucoma, epilepsia, parálisis...)? Sí No
3. ¿Sabe si padece de trastornos del metabolismo (p. ej. diabetes) u órganos importantes (p. ej. corazón, riñones, hígado, pulmones, tiroides, sistema nervioso, circulatorio)? Sí No
4. ¿Ha sufrido hemorragias en anteriores operaciones o lesiones? ¿Padece alguna enfermedad de la sangre o mayor tendencia al sangrado (p. ej. nariz o encías sangrantes, hematomas)? ¿Existe algún factor genético que pueda afectar en su familia? Sí No
5. ¿Ha sufrido coágulos sanguíneos (p. ej. trombosis, embolia)? Sí No
6. ¿Ha tenido anteriormente supuración en heridas, retardo en la cicatrización, abscesos, fístulas o formación de cicatrices gruesas? Sí No
7. ¿Toma o ha tomado alguna vez medicamentos de forma regular (p. ej. para el corazón, analgésicos, hormonas, fármacos para la coagulación de la sangre como ácido acetilsalicílico, heparina o anticoagulantes)? En caso afirmativo, por favor, especifique. Sí No
8. ¿Tiene varices? Sí No
9. ¿Padece alguna enfermedad del tubo digestivo o del aparato respiratorio? Sí No
10. ¿Fuma? ¿Bebe alcohol? ¿Consume algún tipo de droga? En caso afirmativo indique tipo y la cantidad diaria que ingiere. Sí No
11. Solo para mujeres en edad fértil. ¿Podría usted estar embarazada? Sí No

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, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Sí No

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, **DA SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice la intervención.

En _____, a _____ de _____ de _____
El paciente/representante legal El/la testigo El/la médico/a

INTERVENTION

INTERVENTION'S NAME

Medical procedure

Surgical procedure

PATIENT

Personal info

ID number _____

Surname, Name _____

Birth date _____ Birth place _____

Home country _____ Nationality _____

Contact info

Address _____ P.C. _____

City _____ District _____ Country _____

Phone _____ Email _____

LEGAL REPRESENTATIVE

Personal info

ID number _____

Surname, Name _____

Birth date _____ Birth place _____

Home country _____ Nationality _____

Contact info

Address _____ P.C. _____

City _____ District _____ Country _____

Phone _____ Email _____

You have the right to know the procedure that you are going to be subjected and the frequent unexpected events. This document tries to explain these concerns. Read carefully and check your doubts with your doctor. We remind you, as legal requirement that only you, your legal/family representative, or related person will be able to sign this informed Consent. In order to make possible the procedure described here.

Health Centre Details

Hospital

Medical centre

HEALTH CENTRE'S NAME

Clinic

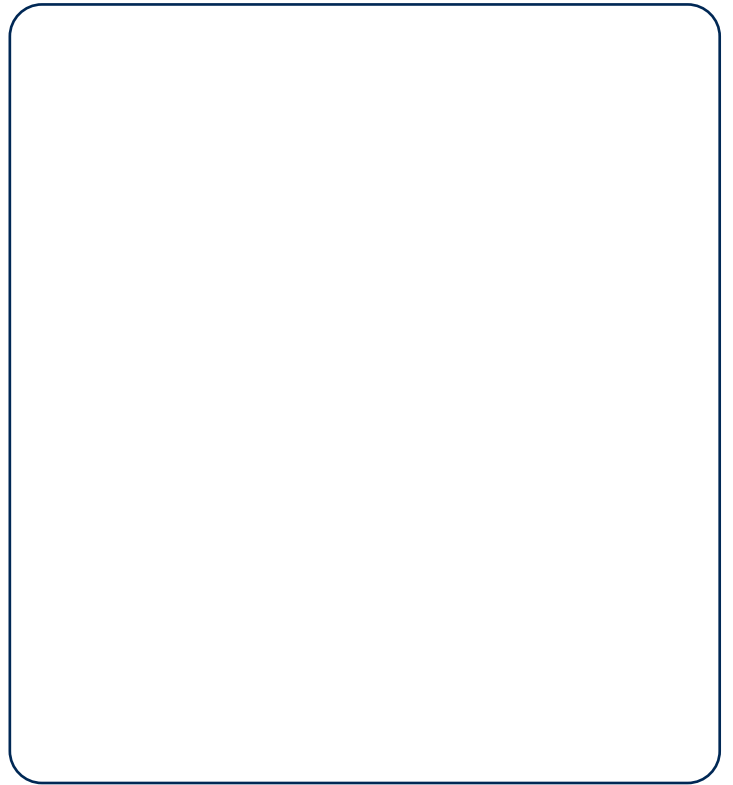
Exam. room

Doctor _____, with medical board number _____ and speciality _____, states that the convenient surgical procedure and its accomplishment have been explained here in this document. Once the patient is already informed and assessed. Freely or through his/her legal representative give his/her consent to accept the intervention.

ANATOMICAL REMINDER

Description

Chart



PATHOLOGY

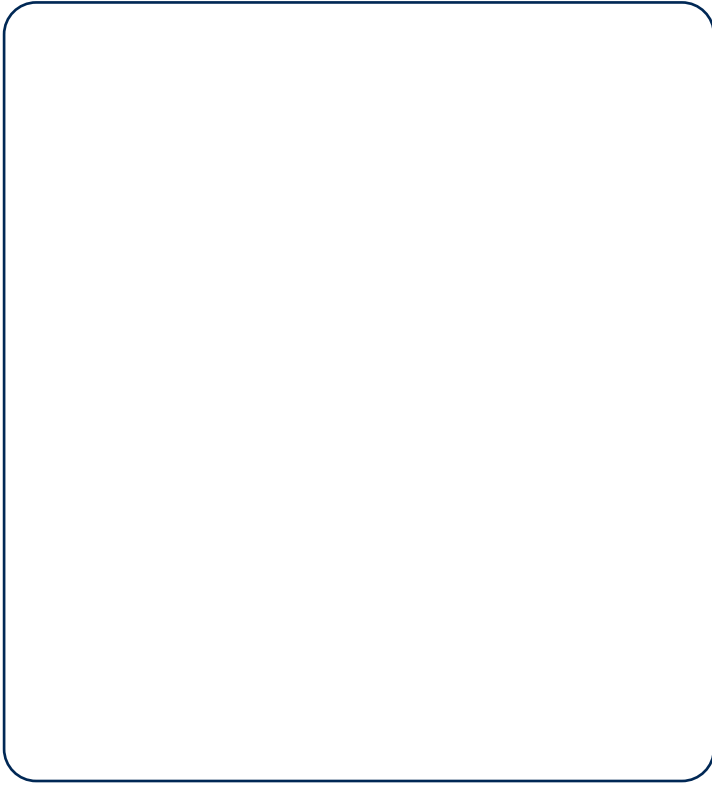
THERAPY TREATMENT

- Not have surgical treatment (voluntary discharge / therapeutic rejection)
- Conservative/medical treatment:
- Surgical procedure:

INTERVENTION

Chart

Description



INTERVENTION'S CHRONOLOGICAL DEVELOPMENT

UNFORESEEN DIFFICULTIES & RISKS

**CHOICES IN CASE OF UNEXPECTED
EVENTS**

MAßNAHME
INTERVENTION'S NAME

Ärztliche Vorgehensweise

Qchirurgische Vorgehensweise

PATIENT

Persönliche Daten

Nr. der Identifikation _____

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsland _____ Staatsbürgerschaft _____

Kontaktdaten

Anschrift _____ Pstleitzl _____

Ort _____ Provinz _____ Land _____

Telefon _____ Email _____

RECHTLICHER VERTRETER

Persönliche Daten

Nr. der Identifikation _____

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsland _____ Staatsbürgerschaft _____

Kontaktdaten

Anschrift _____ Pstleitzl _____

Ort _____ Provinz _____ Land _____

Telefon _____ Email _____

Sie haben das Recht, Informationen zu erhalten, über den Vorgang, welchem Sie unterzogen werden und dessen am häufigsten auftretenden Komplikationen. Dieses Dokument versucht all diese Fakten zu klären. Bitte lesen Sie genau und fragen Sie ihren Arzt, sollten Sie etwas nicht verstehen. Wir erinnern Sie daran, dass Sie, oder Ihr Rechtsvertreter, Familienangehöriger oder Vormund, laut Gesetz Unterschrift leisten müssen, damit wir das/die hier beschriebene Verfahren/Behandlung durchführen können.

Daten des Gesundheitszentrums

Krankenhaus Q Gesundheitszentrum

HEALTH CENTRE'S NAME

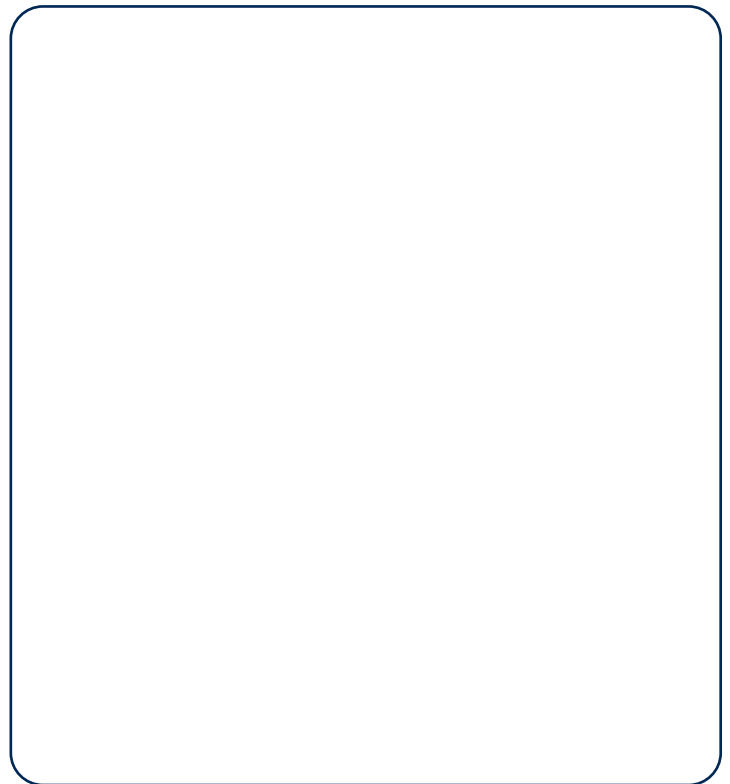
Klink Q Sprechstunde

Arzt/Ärztin _____, mit Nr der Ärzerverbandes _____
und Fachrichtung _____, bestätigterklärt zu haben, dass es angebracht ist das, in diesem Dokument beschriebene Verfahren durchzuführen, nach Untersuchung des Patienten, und nach Akzeptanz und Verständnis dieser Information seitens des Patienten oder Rechtsvertreter, welcher sein Einverständnis für die Ausführung gibt.

ANATOMISCHE ERKLÄRUNG

Beschreibung

Schaubild



PATHOLOGIE

THERAPEUTISCHE ANSÄTZE

- Nicht Ausführung der Behandlung (freiwillige Entlassung / therapeutische Ablehnung)
- konservative/ärztliche Behandlung
- Operative Behandlung:

EINGRIFF

Schaubild

Beschreibung



CHRONOLOGISCHE ABLAUF DES EINGRIFFS

KOMPLIKATIONEN Y RISIKEN

ALTERNATIVEN BEI UNVORHERGESEHENDEM

INTERVENCIÓN
INFILTRACIÓN EN HOMBRO

Procedimiento médico

Procedimiento quirúrgico

PACIENTE

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

REPRESENTANTE LEGAL

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle el procedimiento/tratamiento que aquí se describe.

Datos del centro sanitario

Hospital Centro médico

NOMBRE DEL CENTRO SANITARIO _____

Clínica Consulta

El Dr./Dra. _____, con nº de colegiado _____ y especialidad _____, declara haber explicado que es conveniente la realización de la técnica que se describe en este documento, una vez valorado el paciente, y que esta información ha sido aceptada y entendida por el paciente que, voluntariamente o a través de su representante, da su consentimiento para su ejecución.

RECUERDO ANATÓMICO

Descripción

El hombro es la parte del cuerpo donde se une el brazo con el tronco. Está formado por la conjunción de los extremos de tres huesos: la clavícula, la escápula y el húmero; así como por músculos, ligamentos y tendones.

La principal articulación del hombro recibe el nombre de articulación escapulohumeral y presenta dos superficies articulares, una de ellas corresponde a la cabeza del humero que tiene forma semiesférica y la otra es la cavidad glenoidea de la escápula, estas superficies están recubiertas por cartílago que permiten un movimiento suave e indoloro. Exteriormente una envoltura de tejido blando circunda el conjunto, es la llamada cápsula articular que está reforzada por varios ligamentos que le dan estabilidad e impiden que los huesos se desplacen más allá de sus límites fisiológicos.

Un conjunto de músculos y sus tendones se unen a las superficies de los huesos y hacen posible la movilidad de la articulación, entre ellos es muy importante el manguito rotador formado por cuatro músculos que proporcionan movilidad y estabilidad al hombro. El hombro es la articulación con mayor amplitud de movimientos del cuerpo humano.

Gráfico



PATOLOGÍA

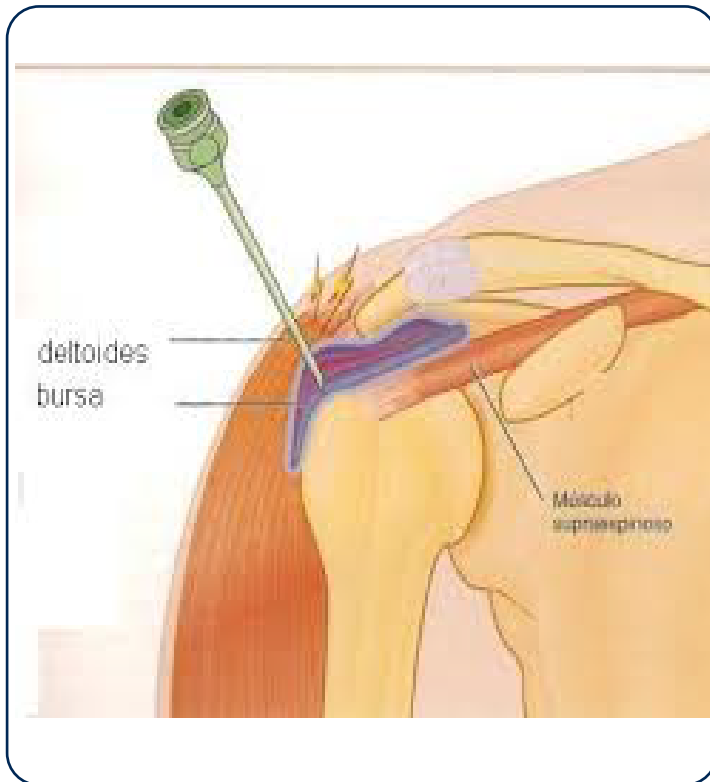
Está indicada la realización de una infiltración en caso de artrosis con inflamación, artritis agudas y crónicas no infecciosas que no responden al tratamiento sistémico habitual, en general bursitis, tendinitis, tenosinovitis y fascitis.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

- No realizar tratamiento (alta voluntaria / rechazo terapéutico)
- Tratamiento conservador/médico:
- Tratamiento quirúrgico:

Gráfico

Descripción



Consiste generalmente en la introducción de una sustancia antiinflamatoria (generalmente asociada a un anestésico local) con una jeringa y una aguja en la articulación del hombro.

Puede llegar a utilizarse como técnica diagnóstica, o para tratar un proceso inflamatorio o una lesión quística en el hueso.

El objetivo de las infiltraciones consiste en aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN

Después de la infiltración presentará molestias en la zona de inoculación debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido. Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que permanezca en reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.

COMPLICACIONES Y RIESGOS

Las complicaciones de la infiltración son:

- Reacción alérgica a la medicación, hipotensión arterial, y mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- Lesión de vasos adyacentes.
- Lesión de nervios adyacentes.
- Lesión de los tendones adyacentes.
- Infección en la zona del pinchazo.
- Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- Descompensación de la diabetes, hipertensión arterial o úlcera.
- Aparición de atrofia cutánea en la zona de administración.

ALTERNATIVAS ANTE IMPREVISTOS

La lesión objeto de la infiltración puede tratarse con medicación antiinflamatoria y reposo relativo, o bien con medidas fisioterápicas.

También se le debe informar sobre la posibilidad de infección, hematoma o impotencia funcional, insistiendo en el hecho de que si el dolor fuera muy importante, durara más de 72 h o reapareciera a los 3 días, o aparecieran signos flogóticos, debe acudir de inmediato a nuestra consulta.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

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 intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir.

El riesgo de intervenciones médicas sobre el estado de mi salud puede estar influido por mi estado físico actual o el padecimiento de lesiones o enfermedades previas. Es necesario que el médico reconozca posibles puntos potenciales de riesgo, por lo que a la formulación de las siguientes preguntas declaro:

1. ¿Es usted alérgico o tiene algún tipo de intolerancia (p. ej. a medicación, metales, tiritas, látex, comida...)? Sí No
2. ¿Sufre de alguna enfermedad infecciosa aguda o crónica (p. ej. hepatitis, SIDA, tuberculosis) u otra enfermedad crónica grave (p. ej. glaucoma, epilepsia, parálisis...)? Sí No
3. ¿Sabe si padece de trastornos del metabolismo (p. ej. diabetes) u órganos importantes (p. ej. corazón, riñones, hígado, pulmones, tiroides, sistema nervioso, circulatorio)? Sí No
4. ¿Ha sufrido hemorragias en anteriores operaciones o lesiones? ¿Padece alguna enfermedad de la sangre o mayor tendencia al sangrado (p. ej. nariz o encías sangrantes, hematomas)? ¿Existe algún factor genético que pueda afectar en su familia? Sí No
5. ¿Ha sufrido coágulos sanguíneos (p. ej. trombosis, embolia)? Sí No
6. ¿Ha tenido anteriormente supuración en heridas, retardo en la cicatrización, abscesos, fístulas o formación de cicatrices gruesas? Sí No
7. ¿Toma o ha tomado alguna vez medicamentos de forma regular (p. ej. para el corazón, analgésicos, hormonas, fármacos para la coagulación de la sangre como ácido acetilsalicílico, heparina o anticoagulantes)? En caso afirmativo, por favor, especifique. Sí No
8. ¿Tiene varices? Sí No
9. ¿Padece alguna enfermedad del tubo digestivo o del aparato respiratorio? Sí No
10. ¿Fuma? ¿Bebe alcohol? ¿Consume algún tipo de droga? En caso afirmativo indique tipo y la cantidad diaria que ingiere. Sí No
11. Solo para mujeres en edad fértil. ¿Podría usted estar embarazada? Sí No

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, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Sí No

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, **DA SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice la intervención.

En _____, a _____ de _____ de _____
El paciente/representante legal El/la testigo El/la médico/a

INTERVENCIÓN

FRACTURA DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FÉMUR

Procedimiento médico

Procedimiento quirúrgico

PACIENTE

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

REPRESENTANTE LEGAL

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle el procedimiento/tratamiento que aquí se describe.

Datos del centro sanitario

Hospital Centro médico

NOMBRE DEL CENTRO SANITARIO _____

Clínica Consulta

El Dr./Dra. _____, con nº de colegiado _____ y especialidad _____, declara haber explicado que es conveniente la realización de la técnica que se describe en este documento, una vez valorado el paciente, y que esta información ha sido aceptada y entendida por el paciente que, voluntariamente o a través de su representante, da su consentimiento para su ejecución.

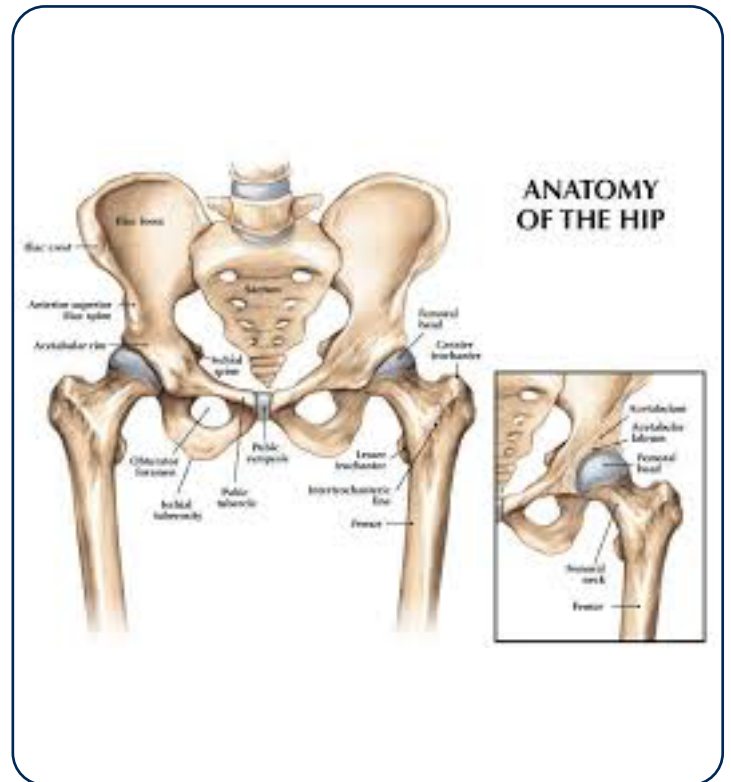
RECUERDO ANATÓMICO

Descripción

El hueso del fémur es un hueso tubular y es el más largo del cuerpo.

La parte superior se compone de trocánter mayor, cuello del fémur y cabeza femoral, que en conjunto con el acetábulo forman la articulación de la cadera.

Gráfico



PATOLOGÍA

Usted padece en la actualidad una fractura de cadera, que es una rotura de alguna de las estructuras que forman parte de la parte superior del fémur.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

- No realizar tratamiento (alta voluntaria / rechazo terapéutico)
- Tratamiento conservador/médico: En determinados casos aislados, por el estado de salud del paciente, sólo es posible realizar el tratamiento conservador de la fractura sin cirugía. Para ello es necesario poner una tracción con extensiones y una inmovilización prolongada con escayola o férula.
- Tratamiento quirúrgico:

INTERVENCIÓN

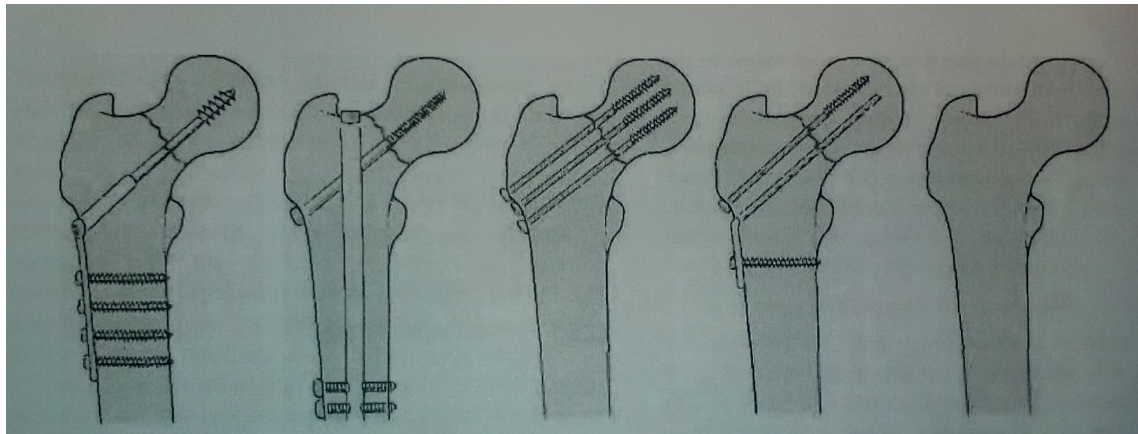
Descripción

La intervención se realiza con anestesia general, local o sedación. Se le informará sobre los detalles y riesgos del procedimiento anestésico por separado.

La intervención consiste en la reducción quirúrgica de la fractura y su estabilización mediante dispositivos metálicos. Existen varios métodos de intervención. Los fragmentos de hueso se llegan a colocar casi justo en su posición original y se estabilizan, con el fin de poder mover las articulaciones cercanas lo antes posible. En su caso se prevé el siguiente tratamiento.

Tornillo deslizante para cadera: un tornillo específico se introduce en el cuello del fémur fracturado hasta la cabeza femoral que se aprieta y une así las partes fracturadas.

Gráfico



EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN

Rogamos nos informen inmediatamente, si siente dolor, tenga trastornos de movilidad y sensoriales o si la piel cambia de color, incluso aunque le parezca sin importancia. Se pueden dar trastornos circulatorios o nerviosos que deben de ser tratados rápidamente.

Debido a la inmovilización puede darse rigidez, por ello debería Ud. mover a menudo las articulaciones que no tengan vendaje, contrayendo los músculos debajo del vendaje con ejercicios isométricos (contracción sin movimiento). Después de la cirugía y para aliviar la articulación, debe usar muletas. Tan solo apoye la pierna con el peso permitido. En general tardará alrededor de un mínimo de dieciséis semanas para poder volver a usar la pierna completamente. Las piezas de metal introducidas pueden ser retiradas después de 12 - 18 meses aunque generalmente quedan dentro de Ud. con carácter indefinido.

En las revisiones de control realizadas periódicamente se comprobará el proceso de la curación. Debiendo pedir cita para el primer control postoperatorio el día del alta hospitalaria.

COMPLICACIONES Y RIESGOS

Suele recuperarse la funcionalidad de la articulación, pero puede reducirse su movilidad de forma permanente, sobre todo en pacientes de avanzada edad.

Pueden darse, en casos aislados, situaciones que ponen en riesgo la vida o que requieren intervenciones inmediatas no programadas.

Otras complicaciones pueden ser: infección de la herida o del hueso, lesión vascular, afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar trastornos sensitivos o motores, rotura del hueso que se manipula durante la intervención, rechazo del material implantado, flebitis o tromboflebitis, embolia grasa, rigidez articular, dolor residual, necrosis cutáneas o defectos de rotación del miembro intervenido.

ALTERNATIVAS ANTE IMPREVISTOS

Otro tipo de opciones terapéuticas que podrían plantearse son:

- **Clavo:** cuando se trata de fracturas complicadas en el área del trocánter mayor, se inserta un clavo especial en el área de la médula ósea, el cual se fija mediante un clavo en el cuello del fémur
- **Atornillado/clavado:** si existen varios huesos rotos se fijan las estructuras mediante tornillos metálicos y / o alambres o clavos en la posición correcta.
- **Contra ángulo:** un contra ángulo (placa) de metal es insertado en el cuello del fémur y se fija por fuera al vástago femoral con tornillos. A menudo se colocan además tornillos.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

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 intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir.

El riesgo de intervenciones médicas sobre el estado de mi salud puede estar influido por mi estado físico actual o el padecimiento de lesiones o enfermedades previas. Es necesario que el médico reconozca posibles puntos potenciales de riesgo, por lo que a la formulación de las siguientes preguntas declaro:

1. ¿Es usted alérgico o tiene algún tipo de intolerancia (p. ej. a medicación, metales, tiritas, látex, comida...)? Sí No
2. ¿Sufre de alguna enfermedad infecciosa aguda o crónica (p. ej. hepatitis, SIDA, tuberculosis) u otra enfermedad crónica grave (p. ej. glaucoma, epilepsia, parálisis...)? Sí No
3. ¿Sabe si padece de trastornos del metabolismo (p. ej. diabetes) u órganos importantes (p. ej. corazón, riñones, hígado, pulmones, tiroides, sistema nervioso, circulatorio)? Sí No
4. ¿Ha sufrido hemorragias en anteriores operaciones o lesiones? ¿Padece alguna enfermedad de la sangre o mayor tendencia al sangrado (p. ej. nariz o encías sangrantes, hematomas)? ¿Existe algún factor genético que pueda afectar en su familia? Sí No
5. ¿Ha sufrido coágulos sanguíneos (p. ej. trombosis, embolia)? Sí No
6. ¿Ha tenido anteriormente supuración en heridas, retardo en la cicatrización, abscesos, fístulas o formación de cicatrices gruesas? Sí No
7. ¿Toma o ha tomado alguna vez medicamentos de forma regular (p. ej. para el corazón, analgésicos, hormonas, fármacos para la coagulación de la sangre como ácido acetilsalicílico, heparina o anticoagulantes)? En caso afirmativo, por favor, especifique. Sí No
8. ¿Tiene varices? Sí No
9. ¿Padece alguna enfermedad del tubo digestivo o del aparato respiratorio? Sí No
10. ¿Fuma? ¿Bebe alcohol? ¿Consume algún tipo de droga? En caso afirmativo indique tipo y la cantidad diaria que ingiere. Sí No
11. Solo para mujeres en edad fértil. ¿Podría usted estar embarazada? Sí No

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, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Sí No

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, **DA SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice la intervención.

En _____, a _____ de _____ de _____
El paciente/representante legal El/la testigo El/la médico/a

INTERVENCIÓN
ARTROSCOPIA DE RODILLA

Procedimiento médico

Procedimiento quirúrgico

PACIENTE

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

REPRESENTANTE LEGAL

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle el procedimiento/tratamiento que aquí se describe.

Datos del centro sanitario

Hospital Centro médico

NOMBRE DEL CENTRO SANITARIO _____

Clínica Consulta

El Dr./Dra. _____, con nº de colegiado _____ y especialidad _____, declara haber explicado que es conveniente la realización de la técnica que se describe en este documento, una vez valorado el paciente, y que esta información ha sido aceptada y entendida por el paciente que, voluntariamente o a través de su representante, da su consentimiento para su ejecución.

RECUERDO ANATÓMICO

Descripción

La rodilla está formada por la unión de dos importantes huesos: el fémur en su porción distal, y la tibia en la porción proximal. Dispone de un pequeño hueso, la rótula, que se articula con la porción anterior e inferior del fémur. Puede realizar principalmente movimientos de flexión y extensión.

Está rodeada por una cápsula articular y varios ligamentos que le dan estabilidad. En sus proximidades se insertan potentes músculos que hacen posible el movimiento de la extremidad.

En el ser humano, la articulación de la rodilla es la articulación más grande del cuerpo y una de las más complejas. Sirve de unión entre el muslo y la pierna. Soporta la mayor parte del peso del cuerpo en posición de pie. Está compuesta por la acción conjunta de los huesos fémur, tibia, rótula y dos discos fibrocartilaginosos que son los meniscos.

La rodilla está sustentada por fuertes ligamentos que impiden que sufra una luxación, siendo los más importantes el ligamento lateral externo, el ligamento lateral interno, el ligamento cruzado anterior y el ligamento cruzado posterior

Gráfico



PATOLOGÍA

La rotura del ligamento cruzado anterior es una lesión frecuente que puede producirse durante la actividad deportiva por giros enérgicos de la rodilla en los que el pie permanece en fuerte contacto con el suelo. El mecanismo lesional suele asociarse a semiflexión, valgo y rotación externa de la articulación de la rodilla. En el momento en que se sufre esta lesión suele sentirse dolor intenso y una sensación de chasquido.

El ligamento cruzado anterior sirve en condiciones normales de freno para un movimiento anterior excesivo de la tibia con respecto al fémur, el médico puede realizarse pruebas exploratorias como la Prueba del cajón y la Prueba de Lachman que si son positivas hace probable este diagnóstico que se confirma mediante técnicas de resonancia magnética o artroscopia.

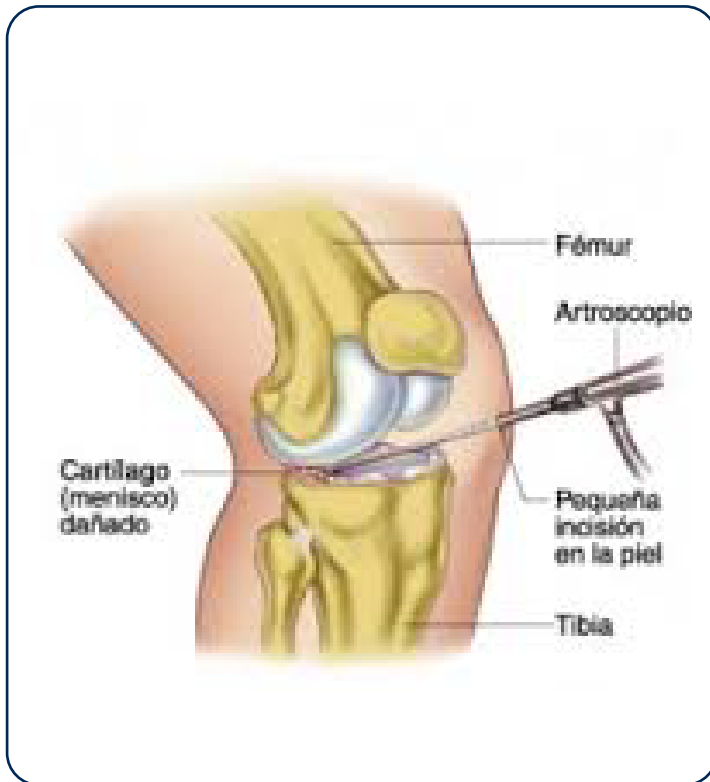
El ligamento cruzado posterior impide que la tibia se desplace hacia atrás en relación con el fémur. Se lesiona con menor frecuencia que el ligamento cruzado anterior. El mecanismo de rotura suele consistir en un impacto directo sobre la parte anterior de la rodilla cuando esta se encuentra en situación de flexión. Es frecuente que esta lesión se asocie a rotura de menisco.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

- No realizar tratamiento (alta voluntaria / rechazo terapéutico)
- Tratamiento conservador/médico:
- Tratamiento quirúrgico:

Gráfico

Descripción



Es un cirugía mínimamente invasiva en la cual se utiliza una cámara diminuta para observar dentro de la rodilla. Se hacen pequeños cortes para introducir la cámara y pequeños instrumentos quirúrgicos dentro de la rodilla. El cirujano hará dos o tres pequeñas incisiones alrededor de la rodilla y se bombeará agua salada (solución salina) en su interior para inflarla.

Se introducirá un tubo estrecho con una cámara diminuta en el extremo a través de una de las incisiones. La cámara va pegada a un monitor de video que le permite al cirujano ver dentro de la rodilla.

El cirujano puede colocar otros instrumentos quirúrgicos pequeños dentro de la rodilla a través de las otras incisiones. Luego, reparará o eliminará el problema en la rodilla.

Para la reconstrucción del ligamento cruzado afectado la mejor opción es recurrir a la ligamentoplastia usando plastia (injerto) de tendón rotuliano según la técnica o bien plastia autóloga dem musculo semitendinoso-recto interno.

Al final de la cirugía, se drenará la solución salina de la rodilla. El cirujano cerrará las incisiones con suturas (puntos de sutura) y las cubrirá con un apósito.

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN

Después de la intervención presentará inflamación en la articulación, que se traducirá en un derrame más o menos importante y en molestias en la zona de las heridas debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas o meses.

Para lograr el éxito de esta intervención es imprescindible la colaboración del paciente en la realización precoz de los ejercicios de rehabilitación, de los que recibirá las oportunas instrucciones. Con ello evitará la eventual atrofia muscular o la corregirá conforme ejercite su musculatura.

La recuperación completa después de una artroscopia de rodilla dependerá del tipo de problema que se le trató.

Problemas como un menisco roto, un cartilago roto, un quiste de Baker y problemas con la membrana sinovial a menudo se fijan fácilmente. La recuperación de procedimientos simples es rápida en la mayoría de los casos. Usted posiblemente necesite usar muletas durante algún tiempo después de algunos tipos de cirugía. Su proveedor de atención médica también le puede prescribir analgésicos. La recuperación tardará más tiempo si usted se ha realizado un procedimiento más complejo. Si partes de la rodilla se han reparado o reconstruido, es posible que no pueda caminar sin muletas o una rodillera durante varias semanas. La recuperación completa puede tardar varios meses.

COMPLICACIONES Y RIESGOS

La cirugía artroscópica de rodilla puede presentar las siguientes complicaciones: derrames articulares que podrían precisar evacuación por punción, persistencia o incremento de las molestias propias de lesiones degenerativas (p. ej. artrosis), infección articular, obstrucción venosa que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte, lesión de los vasos o los nervios de la pierna, y lo que ello conlleva, rigidez de la rodilla, acompañada o no de inflamación y descalcificación de la zona (atrofia ósea), fallo del instrumental dentro de la articulación o lesión de las estructuras intraarticulares por el instrumental empleado.

ALTERNATIVAS ANTE IMPREVISTOS

La artroscopia se puede recomendar para: reparar o extirpar un menisco roto, un ligamento cruzado anterior (LCA) o ligamento cruzado posterior (LCP) dañados o rotos, el ligamento colateral roto o dañado.

Además se aplica cuando hay inflamación o daño del revestimiento de la articulación, o cuando la rótula está fuera de su posición, o hay pedazos pequeños de cartilago roto en la articulación de la rodilla.

También se utiliza en la extirpación del quiste de Baker, una hinchazón por detrás de la rodilla que se llena de líquido, o en la reparación de un defecto en el cartilago o de algunas fracturas de los huesos de la rodilla.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

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 intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir.

El riesgo de intervenciones médicas sobre el estado de mi salud puede estar influido por mi estado físico actual o el padecimiento de lesiones o enfermedades previas. Es necesario que el médico reconozca posibles puntos potenciales de riesgo, por lo que a la formulación de las siguientes preguntas declaro:

1. ¿Es usted alérgico o tiene algún tipo de intolerancia (p. ej. a medicación, metales, tiritas, látex, comida...)? Sí No
2. ¿Sufre de alguna enfermedad infecciosa aguda o crónica (p. ej. hepatitis, SIDA, tuberculosis) u otra enfermedad crónica grave (p. ej. glaucoma, epilepsia, parálisis...)? Sí No
3. ¿Sabe si padece de trastornos del metabolismo (p. ej. diabetes) u órganos importantes (p. ej. corazón, riñones, hígado, pulmones, tiroides, sistema nervioso, circulatorio)? Sí No
4. ¿Ha sufrido hemorragias en anteriores operaciones o lesiones? ¿Padece alguna enfermedad de la sangre o mayor tendencia al sangrado (p. ej. nariz o encías sangrantes, hematomas)? ¿Existe algún factor genético que pueda afectar en su familia? Sí No
5. ¿Ha sufrido coágulos sanguíneos (p. ej. trombosis, embolia)? Sí No
6. ¿Ha tenido anteriormente supuración en heridas, retardo en la cicatrización, abscesos, fístulas o formación de cicatrices gruesas? Sí No
7. ¿Toma o ha tomado alguna vez medicamentos de forma regular (p. ej. para el corazón, analgésicos, hormonas, fármacos para la coagulación de la sangre como ácido acetilsalicílico, heparina o anticoagulantes)? En caso afirmativo, por favor, especifique. Sí No
8. ¿Tiene varices? Sí No
9. ¿Padece alguna enfermedad del tubo digestivo o del aparato respiratorio? Sí No
10. ¿Fuma? ¿Bebe alcohol? ¿Consume algún tipo de droga? En caso afirmativo indique tipo y la cantidad diaria que ingiere. Sí No
11. Solo para mujeres en edad fértil. ¿Podría usted estar embarazada? Sí No

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, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Sí No

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, **DA SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice la intervención.

En _____, a _____ de _____ de _____
El paciente/representante legal El/la testigo El/la médico/a

INTERVENCIÓN
QUIROTERAPIA VERTEBRAL

Procedimiento médico

Procedimiento quirúrgico

PACIENTE

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

REPRESENTANTE LEGAL

Datos personales

Nº de identificación _____

Apellidos, Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

País de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Datos de contacto

Domicilio _____ C.P. _____

Población _____ Provincia _____ País _____

Teléfono _____ Email _____

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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle el procedimiento/tratamiento que aquí se describe.

Datos del centro sanitario

Hospital Centro médico

NOMBRE DEL CENTRO SANITARIO _____

Clínica Consulta

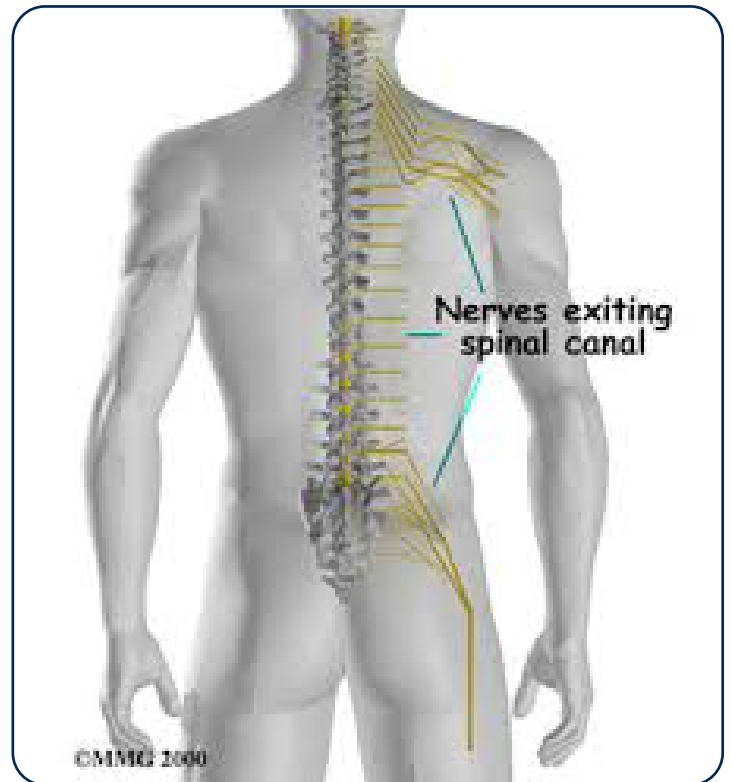
El Dr./Dra. _____, con nº de colegiado _____ y especialidad _____, declara haber explicado que es conveniente la realización de la técnica que se describe en este documento, una vez valorado el paciente, y que esta información ha sido aceptada y entendida por el paciente que, voluntariamente o a través de su representante, da su consentimiento para su ejecución.

RECUERDO ANATÓMICO

Descripción

La quiroterapia es una forma milenaria de tratamiento de los trastornos funcionales del aparato locomotor, y en particular de la columna vertebral, que pueden ser detectados y tratados sin necesidad de intervención quirúrgica.

Gráfico



PATOLOGÍA

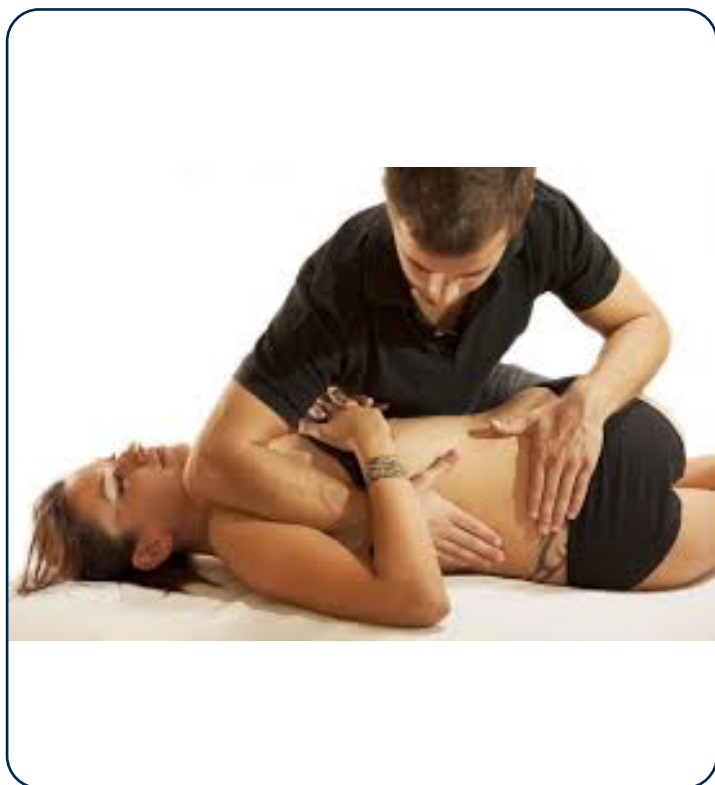
Después de un examen exhaustivo, el médico ha determinado que sus quejas o limitaciones de movimiento se deben a complicaciones en los nervios que recorren algunas secciones de la columna vertebral.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

- No realizar tratamiento (alta voluntaria / rechazo terapéutico)
- Tratamiento conservador/médico: Quiroterapia.
- Tratamiento quirúrgico:

Gráfico

Descripción



Antes de aplicar el tratamiento, el médico realiza una cuidadosa inspección, a modo de diagnóstico, para comprobar las zonas que irradian dolor o que presentan signos de irritación de la columna vertebral. Esto se hace por si la manipulación de estas zonas pudiera provocarle mareos, zumbidos en los oídos o problemas de visión. Si este no es el caso, procederá con el tratamiento.

En los trastornos de la columna vertebral, la manipulación dirigida con las manos es la manera más segura y efectiva de aliviar los síntomas. Se aplica presión y masaje con las manos para restaurar la función deteriorada de la columna vertebral y las articulaciones. Se manipulan suavemente los músculos y ligamentos para aliviar la tensión que pueda haber y relajar los nervios que afectan a la columna.

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LA INTERVENCIÓN

La quiroterapia es un método muy eficaz para el alivio del dolor desde la primera sesión. No obstante, los tratamientos manuales son siempre más lentos en cuanto a su efectividad y se requieren sesiones periódicas de tratamiento, que serán reguladas según el criterio del médico o fisioterapeuta.

Un leve mareo temporal es común e inofensivo en torno a 5 minutos después de haber aplicado el tratamiento. Como medida de precaución debe permanecer unos minutos más en la consulta esperando a comprobar si se presenta alguno de estos efectos. Además, se recomienda esperar aproximadamente 1 hora antes de conducir.

COMPLICACIONES Y RIESGOS

Una terapia de manipulación espinal implica ciertos riesgos que se pueden producir.

Raramente una manipulación debidamente realizada puede provocar dolores, entumecimiento o parálisis en las piernas.

No obstante, si después de las terapias de manipulación siente dolor, padece algún trastorno nervioso, mareo o fatiga inexplicables recurra inmediatamente a su médico. Su médico llevará a cabo una terapia de manipulación solamente si él no ve el riesgo de producir daño en los vasos sanguíneos o en los músculos que recorren y protegen la columna vertebral.

ALTERNATIVAS ANTE IMPREVISTOS

La quiroterapia puede también combinarse con otros métodos de tratamiento como terapias físicas, inyecciones... de las que su médico le informará en el caso de que sea pertinente.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

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 intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir.

El riesgo de intervenciones médicas sobre el estado de mi salud puede estar influido por mi estado físico actual o el padecimiento de lesiones o enfermedades previas. Es necesario que el médico reconozca posibles puntos potenciales de riesgo, por lo que a la formulación de las siguientes preguntas declaro:

1. ¿Es usted alérgico o tiene algún tipo de intolerancia (p. ej. a medicación, metales, tiritas, látex, comida...)? Sí No
2. ¿Sufre de alguna enfermedad infecciosa aguda o crónica (p. ej. hepatitis, SIDA, tuberculosis) u otra enfermedad crónica grave (p. ej. glaucoma, epilepsia, parálisis...)? Sí No
3. ¿Sabe si padece de trastornos del metabolismo (p. ej. diabetes) u órganos importantes (p. ej. corazón, riñones, hígado, pulmones, tiroides, sistema nervioso, circulatorio)? Sí No
4. ¿Ha sufrido hemorragias en anteriores operaciones o lesiones? ¿Padece alguna enfermedad de la sangre o mayor tendencia al sangrado (p. ej. nariz o encías sangrantes, hematomas)? ¿Existe algún factor genético que pueda afectar en su familia? Sí No
5. ¿Ha sufrido coágulos sanguíneos (p. ej. trombosis, embolia)? Sí No
6. ¿Ha tenido anteriormente supuración en heridas, retardo en la cicatrización, abscesos, fístulas o formación de cicatrices gruesas? Sí No
7. ¿Toma o ha tomado alguna vez medicamentos de forma regular (p. ej. para el corazón, analgésicos, hormonas, fármacos para la coagulación de la sangre como ácido acetilsalicílico, heparina o anticoagulantes)? En caso afirmativo, por favor, especifique. Sí No
8. ¿Tiene varices? Sí No
9. ¿Padece alguna enfermedad del tubo digestivo o del aparato respiratorio? Sí No
10. ¿Fuma? ¿Bebe alcohol? ¿Consume algún tipo de droga? En caso afirmativo indique tipo y la cantidad diaria que ingiere. Sí No
11. Solo para mujeres en edad fértil. ¿Podría usted estar embarazada? Sí No

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, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Sí No

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, **DA SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice la intervención.

En _____, a _____ de _____ de _____
El paciente/representante legal El/la testigo El/la médico/a

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO OLEA, M.; FANEGO CASTILLO, F; *Comentario a la Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. THOMSON CIVITAS, Madrid 2003.

CRIADO DEL RÍO, M. T., *Aspectos médico-legales de la historia clínica*. COLEX, Madrid 1999.

D'ORS, A., *Derecho y Sentido Común . Siete lecciones de derecho natural como límite del derecho positivo, segunda edición*. CUADERNOS CIVITAS.

DE LORENZO Y MONTERO, R.; *Derechos y obligaciones de los pacientes. Análisis de la ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de los derechos de información y documentación clínica*. COLEX, Madrid 2003.

DE LORENZO Y MONTERO, R.; RESINES ERASUN C; *El consentimiento informado en Cirugía ortopédica y traumatología*. EDITORES MÉDICOS, S.A. Madrid 1997.

DE LORENZO Y MONTERO, R.; PÉREZ PIQUERAS, J.; *El consentimiento informado en patología digestiva*. EDITORES MÉDICOS, S.A. Madrid 1999.

DÍEZ-PICAZO, L. M., *Sistema de Derechos Fundamentales*. THOMSON CIVITAS, Madrid 2003.

GALÁN CORTÉS, J.C., *El consentimiento informado del usuario de los servicios públicos*. COLEX. Madrid 1997.

GALÁN CORTÉS, J.C., *Responsabilidad médica y consentimiento informado*. CIVITAS. Madrid 2001.

GISBERT CALABUIG, JA; VILLANUEVA CAÑADAS E. *Medicina legal y toxicología*. 6ª Ed. Masson SA. Barcelona 2004

GIL HERNÁNDEZ, A., *Intervenciones Corporales y Derechos Fundamentales*. COLEX. Madrid 1995.

GONZÁLEZ QUINTANA, C., *Dos siglos de lucha por la vida: XIII-XIV. Una contribución a la Historia de la Bioética*. PUBLICACIONES UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA. Salamanca 1995.

LAIN ENTRALGO, P., *La medicina actual*. Seminarios y Ediciones. Madrid 1973.

LASARTE ÁLVAREZ, C., *Principios de Derecho Civil*. Tomo tercero. 4ª edición. Trivium, Madrid 1996.

LAZARO PALAU, M; ESCRIBANO XAVIER; IZQUIERDO MAXIM. *El consentimiento del paciente en el código civil catalan*. Universidad internacional de Cataluña. 2012

MARTÍN MATEO, R., *Bioética y Derecho*. ARIEL, Barcelona 1987.

MARTÍNEZ-CALCERRADA, L., *Derecho Médico General y Especial, volumen I*. TECNOS. Madrid 1986.

MARTÍNEZ-CALCERRADA, L.; DE LORENZO Y MONTERO, R.; *Derecho Médico. Tratado de Derecho Sanitario. Tomo I*. COLEX, Madrid 2001.

MARTÍNEZ SALMEÁN, J y NAVARRO VALLS, R. “*Objeción de Conciencia*” En: *Actas del seminario conjunto sobre bioética y justicia. (Madrid 6-8 de octubre de 1999*. Ed. Estudios de Derecho Judicial. Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General del Poder Judicial. Madrid 2000.

MUÑOZ GARRIDO, R. y VILLAR PALASÍ, J. L. “Deontología”. En: *Actas del seminario conjunto sobre bioética y justicia. (Madrid 6-8 de octubre de 1999)*. Ed. Estudios de Derecho Judicial. Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General del Poder Judicial. Madrid 2000.

PELAYO GONZÁLEZ- TORRE, A., *La Intervención Jurídica de la Actividad Médica: El consentimiento informado*. DYKINSON, Madrid 1997.

ROLDAN GARRIDO, B; PEREA PEREZ, B, *El consentimiento informado en la Práctica Médica*. SmithKline Beecham. Madrid 1996

ROMEO CASABONA, C.M., *El Derecho y la Bioética ante los Límites de la Vida Humana*. Ed. CENTRO DE ESTUDIOS RAMÓN ARECES. Madrid 1994.

ROMEO CASABONA, C.M.; *El consentimiento informado en la relación entre el médico y el paciente: aspectos jurídicos*, en problemas prácticos del consentimiento informado. Fundación Víctor Grífols. Barcelona 2002.

SIMÓN LORDA, P; *El consentimiento informado*, Editorial TRIACASTELA. Madrid 2000.

SIMÓN LORDA, P.; *El consentimiento informado: abriendo nuevas brechas*, en problemas prácticos del consentimiento informado. Fundación Víctor Grífols. Barcelona 2002.

SISO MARTÍN, J.; *Responsabilidad sanitaria y legalidad en la práctica clínica. Un apunte jurídico dirigido a los profesionales sanitarios*. UNIDAD DE PUBLICACIONES EASP. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA. CONSEJERÍA DE SALUD, Madrid 2003.

ANEXO

Puede consultar la actualización continuada de los consentimientos informados europeos en el área de las intervenciones médicas o quirúrgicas de traumatología en el siguiente enlace:

<http://issuu.com/ivanreyesmartin/docs/portada>