

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE FRACTURAS, FRACTURAS-LUXACIONES Y LUXACIONES ARTICULARES

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

**LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS
PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA.**

USTED VA A SER INTERVENIDO DEL LADO

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 circunstancias como el tipo de articulación, tiempo transcurrido desde el accidente, edad, tipo de lesión, interposición de algún tejido entre los dos huesos y de la calidad del hueso.

El Departamento de Anestesia 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 a realizar, puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

CONSECUENCIAS SEGURAS

1. Según el tipo de lesión puede necesitar transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de las mismas
2. 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.
3. 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 el acortamiento del miembro intervenido.
4. 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 a realizar o evitar y como utilizar los bastones en el caso de que los precise.
5. 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.
6. Puede ser necesaria una segunda operación para extraer el material metálico colocado, una vez que ha cumplido su misión.
7. La prótesis se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuente en los pacientes más jóvenes o los más activos).

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones del tratamiento de la luxación, fractura-luxación o de la fractura articular de son:

1. Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
2. Lesión de vasos de la extremidad.
3. Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
4. Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna que en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
5. Restricción del movimiento (rigidez articular), secundaria a la aparición de calcificaciones o al proceso de cicatrización.
6. Daño de las superficies de deslizamiento de los huesos (cartílagos) que puede condicionar una futura artrosis.
7. Reparación de la luxación a pesar del tratamiento.

8. Infección que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención.
9. Daño en la irrigación sanguínea del hueso que se ha salido del sitio y aparición de una zona de hueso muerto que condicionará una futura artrosis (necrosis avascular)
10. 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.
11. Toda estancia en un Centro Sanitario implica una serie de riesgos, como la infección nosocomial (infección contraída durante la estancia en el Centro Sanitario, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación al momento del ingreso en dicho Centro). Estas infecciones pueden no estar directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico. Las más comunes son respiratorias y/o urinarias, aunque puede afectar a otros sistemas o regiones corporales.

RIESGOS PERSONALIZADOS (cumplimentar si procede)

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La luxación puede curar sin recolocar el hueso pero se perdería casi todo el movimiento, aparecería la degeneración de los huesos y habría riesgo de sufrimiento de los vasos y nervios cercanos.

La fractura-luxación y la fractura articular podrían tratarse con reposo, en tracción o bien inmovilizándola con una escayola con los riesgos de que no pegara, lo hiciera en mala posición o que degenerará en una artrosis.

- ✓ He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

Por tanto **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado: DNI: D./Dña.: _____
DNI: _____
A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado: DNI: D./Dña.: _____
DNI: _____
A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACION:**

Firma del médico informante Firma del paciente informado Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado: DNI: D./Dña.: _____
DNI: _____
A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____