

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE FRACTURAS PERIPROTÉSICAS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en restaurar la anatomía ósea y articular en la medida de lo posible lo que puede precisar la extracción del material de osteosíntesis previo, y la fijación de la fractura mediante placas, tornillos y elementos metálicos. También puede ser necesario el recambio parcial o total de la prótesis rota o aflojada si la hubiere.

Si quedan defectos óseos tras la extracción de los implantes o debido a la propia fractura, puede ser necesario utilizar injerto óseo (del propio paciente o de Banco de Huesos) y/o cemento óseo.

Una fractura periprotésica es aquella que ocurre alrededor o cerca de una prótesis o de cualquier dispositivo de fijación interna (placa metálica, etc.). Es una fractura más grave de lo normal porque está alterada la anatomía, fisiología y vascularización de la zona. Además la prótesis puede aflojarse totalmente y la presencia de ésta hace que quede poco espacio para utilizar osteosíntesis convencionales.

La técnica varía según el tipo de fractura y la estabilidad de la prótesis.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad del procedimiento es estabilizar la fractura y si es posible la prótesis.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Llevar material de osteosíntesis (tornillos, agujas, clavos, placas, fijadores externos, etc.).

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Lesión vascular.
- Infección de las heridas quirúrgicas o del hueso (osteomielitis).
- Lesión de vasos y nervios cercanos. Puede suponer una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o bien definitiva.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- Intolerancia, movilización, infección o rotura del material implantado.
- Rigidez articular y limitación de movimientos.
- Retraso o fracaso de la consolidación ósea, acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro intervenido.
- Necrosis cutánea.
- Dolor residual.
- Rotura de tendones o ligamentos cercanos.

- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (aumento de la presión en un compartimento muscular).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y graves consecuencias).
- Puede ser necesaria una segunda operación para retirar el material colocado, una vez que ha cumplido su misión.
- Artrosis de la articulación afectada.
- Aparición de calcificaciones alrededor de la fractura, que pueden limitar la movilidad y requerir otra intervención para extirparlas.
- Luxación en caso de prótesis de cadera: 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 puede colocarse un aparato externo para mantener la articulación en su sitio.
- Aflojamiento de la prótesis temprana o tardíamente, o rotura o desgaste de algún componente, lo que provoca dolor y necesidad de recambiar la prótesis.
- Cojera persistente condicionada por pérdida de fuerza y/o diferentes causas expuestas anteriormente.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas, permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/>puede | | | |

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamiento conservador (yeso, vendaje, tracción, órtesis). Dicho tratamiento aumenta la posibilidad de aparición de complicaciones y comporta un importante riesgo vital.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE FRACTURAS PERIPROTÉSICAS"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

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

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

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: