

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE PSEUDOARTROSIS SÉPTICA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento se realiza para curar la infección de una fractura y la falta de unión de los huesos rotos por la ausencia de estabilidad entre los fragmentos de hueso, y/o por la escasa llegada de sangre a la zona de la fractura.

La intervención consiste en proporcionar las mejores condiciones para eliminar la infección y la falta de consolidación realizando las siguientes técnicas o combinaciones de ellas:

- Eliminar el material de osteosíntesis previo (placas, tornillos, clavos, etc.) y la limpieza del foco de infección.
- Cruentar los extremos óseos (retirar los tejidos muertos y/o con infección).
- Reducir y estabilizar el foco mediante el uso de dispositivos metálicos (tornillos, placas, clavos o fijadores externos)
- Aportar injerto de hueso procedente de banco o del propio paciente.
- Aplicar sustancias que inducen la formación de tejido óseo.

Si tras la cirugía quedan defectos óseos, es posible que se precise la colocación de cemento con antibiótico como espaciador, asociado o no a fijación externa, antes de realizar la reconstrucción definitiva de la lesión.

En ocasiones puede ser necesario realizar una reparación de partes blandas por parte de Cirugía Plástica. Estos procedimientos pueden realizarse en un tiempo o en varios tiempos quirúrgicos.

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

La finalidad del procedimiento consiste en conseguir la consolidación del hueso fracturado, así como el control del proceso séptico, para obtener un alivio del dolor, de la deformidad y mejorar la calidad de vida para el paciente.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Solo en caso de que tuvieran que acortar o alargar el miembro (cojera).

### 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:

Riesgos frecuentes:

- Dolor prolongado de la zona operada.
- Edema (inflamación).
- Hematoma o lesión vascular.
- Pérdida de fuerza muscular

#### Riesgos poco frecuentes y graves:

- Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención o por fatiga en los extremos del material implantado.
- Lesión de los nervios adyacentes que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos o motores.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Fracaso en la consecución de la consolidación ósea que puede requerir nuevas intervenciones.
- Consolidación en mala posición, rotación, alargamiento o acortamiento de la extremidad.
- Aflojamiento o protusión del material implantado o penetración de clavos o tornillos en la articulación.
- Acortamiento del miembro y/o defectos de rotación del mismo.
- Aunque es muy poco frecuente, pudiera llegar a ser necesaria la amputación parcial, total o desarticulación del miembro.
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Complicaciones en la zona donante del injerto óseo, tales como hematomas, infecciones y fracturas óseas.
- Algodistrofia o enfermedad de Sudeck: cambios en el color, sensibilidad y la temperatura de la piel, con dolor, sudor e inflamación.
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivadas del uso del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

#### Complicaciones de la herida quirúrgica:

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

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya 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. |   |

## CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Tratamiento conservador consistente en inmovilización mediante yesos o soportes ortésicos (dispositivos externos que sirven de apoyo y soporte).
- Tratamiento con fármacos.

## AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE PSEUDOARTROSIS SÉPTICA"

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./Dª. , 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: Servicio de

---

**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: