

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento puede consistir en:

- La reducción quirúrgica de la fractura y su estabilización mediante dispositivos metálicos (tornillos, agujas, clavos, placas, fijadores externos, etc.).
- La sustitución del extremo proximal del fémur por una prótesis, que puede ser parcial o total, incluyendo el componente acetabular (porción cóncava de la pelvis, con la cual se articula la cabeza del fémur, formando la articulación de la cadera).

La indicación de uno u otro procedimiento depende del tipo de fractura y de la decisión del equipo quirúrgico.

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

La finalidad principal de la intervención es restablecer, en la medida de 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.

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:

- Hematoma o lesión vascular.
- Infección 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.
- Dismetría (acortamiento, alargamiento) o defectos de rotación del miembro intervenido.
- Cojera persistente condicionada por pérdida de fuerza.
- Dolor residual.
- Necrosis avascular de la cabeza femoral (muerte de tejido óseo a causa de la falta de irrigación sanguínea), con posibilidad de prótesis de cadera en un futuro.
- Rotura de tendones o ligamentos cercanos.
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).

- Algodistrofia o enfermedad de Sudeck: cambios en el color, sensibilidad y la temperatura de la piel, con dolor, sudor e inflamación.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Embolia grasa, flebitis (inflamación de las venas) o tromboflebitis, que pueden desembocar en un tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) pulmonar que puede tener consecuencias fatales para el paciente.
- 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.
- 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 hipoestesias (aumento 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. 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 (inmovilización en tracción, con férula u órtesis, reposo), aunque de esta forma se impide la movilidad temprana, lo que tiene un importante riesgo vital.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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 _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: