

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE FRACTURAS Y LUXACIONES ABIERTAS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en la limpieza exhaustiva de las heridas con suero fisiológico y desinfectantes, eliminación del tejido muerto, dañado o infectado (desbridamiento quirúrgico), reducción de la fractura o luxación, cobertura del hueso o articulación con piel u otras partes blandas y colocación de dispositivos de fijación. Éstos suelen ser fijadores externos, clavos endomedulares, agujas, tornillos, etc, según la importancia de la herida.

Si existe afectación de las arterias del miembro con hemorragia masiva y la reparación no es posible, se puede plantear la amputación.

Fractura o luxación abierta es aquella en la que se ha producido una herida que pone en contacto el hueso o la articulación con el medio exterior. Es frecuente la pérdida de hueso, tendones, piel y otras partes blandas, así como la afectación de nervios y arterias importantes del miembro. Son lesiones con alto riesgo de infección, retardo de la unión de las fracturas y rigidez articular.

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

En el caso de heridas muy contaminadas o con lesiones de partes blandas extensas pueden ser necesarias varias intervenciones para desbridar y tratar las partes blandas que cubren y protegen la lesión ósea o articular.

Puede ser necesaria una segunda operación para retirar el material colocado, una vez que ha cumplido su misión.

La finalidad de la intervención es prevenir la infección y estabilizar la lesión.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

En el caso de necesitar la fijación de la articulación perderá la movilidad de la misma.

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 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.
- Necrosis óseas por afectación de la vascularización intrínseca de los huesos como consecuencia de la luxación y/o la intervención quirúrgica.
- 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), que puede precisar una descompresión quirúrgica.
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y graves consecuencias).
- Artrosis de la articulación afectada.
- Cojera persistente condicionada por pérdida de fuerza.
- Aparición de calcificaciones alrededor de la fractura, que pueden limitar la movilidad y requerir otra intervención para extirparlas.
- 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 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 |

☐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 consistente en reducción, tracción o inmovilización mediante yesos, pero con peores resultados.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE FRACTURAS Y LUXACIONES ABIERTAS"

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: