

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REDUCCIÓN DE FRACTURAS Y LUXACIONES ARTICULARES**

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

La técnica consiste en la reducción de la fractura y/o luxación mediante manipulación (colocación en su sitio de la articulación o alineación de fragmentos óseos) y estabilización con vendajes de yeso, tracciones o diversos tipos de osteosíntesis como tornillos, agujas, clavos, placas, fijadores externos, etc.

En ocasiones puede requerir la sustitución total o parcial de la articulación por una prótesis.

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

La aplicación de los diferentes métodos utilizados puede ser temporal o definitiva, precisando en algunos casos de su retirada y de nuevos tratamientos quirúrgicos en función del tipo de lesiones.

Puede ser necesaria la utilización de injerto óseo del propio paciente y/o del banco de donantes.

La finalidad es recolocar, en la medida de lo posible, la anatomía y función de la articulación luxada y/o fracturada con el fin de disminuir las secuelas que puede producir y facilitar su curación.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

- En el caso de necesitar la fijación de la articulación, pérdida de la movilidad de la misma.
- En el caso de necesitar la estabilización de la articulación, llevar material de osteosíntesis placas, tornillos, clavos, 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:

- Lesión vascular.
- Rigidez y/o limitación de movimientos.
- Fractura o estallido del hueso que se manipula o estructuras óseas cercanas.
- Parálisis, cojera, defectos de rotación y dismetría (acortamiento o alargamiento del miembro).
- Intolerancia, movilización o rotura de los implantes.
- Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado.
- No obtención de estabilidad suficiente pudiendo llevar a nuevos episodios de luxación.
- Lesión de vasos y nervios cercanos. Puede suponer una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o bien definitiva.
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Necrosis óseas (muerte de tejido óseo a causa de la falta de irrigación sanguínea).

- Artrosis de la articulación afectada.
- Algodistrofia o enfermedad de Sudeck: cambios en el color, sensibilidad y la temperatura de la piel, con dolor, sudor e inflamación.
- Rechazo del implante cuando éste proviene de un donante o bien es uno sintético/artificial.
- 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.
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivadas del uso del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.
- Calcificaciones en los tejidos que rodean la articulación, con limitación de su movilidad.
- 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.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección profunda que afecta a la prótesis, hueso o tejidos interpuestos, que obliga a su retirada y posterior reconstrucción con otra intervención.
- Infección del hueso (osteomielitis).
- Infección u otras complicaciones de la zona de extracción del injerto.
- 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)

- ☐ No tiene    ☐ Diabetes    ☐ Obesidad    ☐ Hipertensión  
☐ Anemia    ☐ Edad Avanzada    ☐ Tabaquismo    ☐ 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 e inmovilización mediante yesos u órtesis pero con peores resultados.

### AUTORIZACIÓN PARA “REDUCCIÓN DE FRACTURAS Y LUXACIONES ARTICULARES”

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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: