

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURAS Y LUXACIONES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en colocar el hueso fracturado y/o luxación en su lugar (reducir) hasta que consolide. Para ello puede ser necesaria la manipulación de la fractura (con o sin anestesia) hasta su reducción de la forma más anatómica posible y una inmovilización con vendajes o yeso, aunque en situaciones especiales puede realizarse con tracciones, órtesis u otros dispositivos.

Antes, durante o después del procedimiento pueden existir pérdidas de sangre que requieran transfusiones sanguíneas, esto sucede más por la naturaleza de la fractura que por el procedimiento en sí, ya que la reducción y estabilización son los que disminuyen el sangrado que ocurre en toda fractura.

La finalidad es reducir y mantener inmovilizada la fractura y/o luxación hasta que consolide o cicatrice.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

En caso de inmovilización prolongada produce cierto grado de atrofia muscular y rigidez articular que precisará tratamiento rehabilitador.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Lesión vascular.
- Heridas o lesiones cutáneas provocadas por los yesos o dispositivos de inmovilización que pueden infectarse y afectar a tejidos profundos incluyendo hueso, articulaciones, o con diseminación por sangre a otros órganos pudiendo provocar una sepsis.
- Lesión de vasos y nervios cercanos. Puede suponer una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o bien definitiva.
- Rigidez articular y limitación de movimientos.
- Retraso o fracaso de la consolidación ósea.
- Pérdidas de alineación, y consolidación en una posición defectuosa que pueden incluso requerir procedimientos adicionales quirúrgicos o no quirúrgicos.
- Atrofia de los músculos del área cuya recuperación depende de la realización adecuada de los ejercicios de rehabilitación, pero que puede llegar a ser definitiva.
- Alteraciones de la vascularización y sensibilidad distal al yeso o tracción, siendo importante la vigilancia de ambas.
- 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).
- 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.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. 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

Alteraciones o infecciones en la piel a tratar como úlceras, heridas asociadas, eccemas, etc., no controladas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DE FRACTURAS Y LUXACIONES”

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: