



DOCUMENTO DE **CONSENTIMIENTO INFORMADO** PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS Y LUXACIONES ARTICULARES

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.....de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....
DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el **Dr. Javier Romero Fernández**, con N.º de Colegiado **112104130** me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS Y LUXACIONES ARTICULARES**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PREOPERATORIO

Este tipo de intervención se realiza, la mayor parte de las veces, en situación de urgencia. Generalmente, antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. PROCEDIMIENTO

El objetivo del tratamiento de la luxación es la colocación del hueso que se ha salido de su sitio habitual mediante las maniobras de sentido contrario a la fuerza que ha originado la dislocación. El traumatismo original puede provocar una fractura, más o menos importante, que puede requerir una estabilización con agujas o una intervención para intentar que el hueso no se vuelva a salir.

En el caso de que exista una fractura asociada (fractura-luxación) o que exista únicamente una fractura que llegue a la articulación será necesaria la restauración, en la medida de lo posible, de la forma normal de los huesos con la fijación de las fracturas mediante placas, tornillos, clavos, agujas, varillas metálicas o fijadores externos, en la fijación de los dos huesos que integran la articulación (con la consiguiente pérdida de movilidad) o en la sustitución total o parcial de la articulación por una artificial llamada prótesis.

La intervención puede realizarse sin anestesia, con anestesia local o con anestesia general, dependiendo de las circunstancias como del tipo de articulación, tiempo transcurrido desde el accidente, edad, tipo de lesión, interposición de algún tejido entre los dos huesos y calidad del hueso. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la adminis-





tración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Según el tipo de lesión puede necesitar transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de las mismas.

Si precisa una intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante unos días o hacerse continuas.

En el caso de necesitar la fijación de la articulación perderá el juego de la misma. Si se coloca una prótesis, se precisa extirpar parte del hueso de la articulación, pudiendo tener como consecuencia el alargamiento o acortamiento del miembro intervenido.

Puede ser necesaria la colocación de algún tipo de inmovilización durante un cierto periodo de tiempo. También puede precisar reposo en cama algún día o bien caminar sin apoyar la pierna de la articulación intervenida. Recibirá instrucciones sobre los movimientos que realizar o evitar y sobre cómo utilizar los bastones en el caso de que los precise.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar con el tiempo, dependiendo de la realización correcta y continua de los ejercicios de rehabilitación.

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

La prótesis se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuente en los pacientes más jóvenes o activos).

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

Las complicaciones del TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN, FRACTURA-LUXACIÓN O DE LA FRACTURA ARTICULAR son:

- a) Lesión de vasos de la extremidad.
- b) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- c) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- d) Restricción del movimiento (rigidez articular), secundaria a la aparición de calcificaciones o al proceso de cicatrización.
- e) Daño de las superficies de deslizamiento de los huesos (cartílagos) que puede condicionar una futura artrosis.
- f) Reparación de la luxación a pesar del tratamiento.
- g) Infección, que puede ser superficial o profunda. Dicha complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención.
- h) Daño en la irrigación sanguínea del hueso que se ha salido del sitio y aparición de una zona de hueso muerto que condicionará una futura artrosis (necrosis avascular).
- i) De forma poco habitual pueden existir complicaciones como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa); inflamación importante desde la zona de la operación hacia el extremo de la extremidad, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental); bajada de la tensión arterial al realizar la fijación del implante de la cadera, que puede conducir al paro cardíaco; fallo renal por compresión de la pierna contraria; consolidación en mala posición; producción de una fractura a un nivel no deseado; arrancamiento ligamentoso o tendinoso; penetración de clavos o tornillos en la articulación; pérdida de fijación de la fractura (puede necesitar la colocación de otro implante metálico, añadiendo o no hueso de otra parte); retardo o ausencia de consolidación; luxación de la prótesis; desgaste del hueso que hay alrededor de la prótesis; reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado; irrigación insuficiente de la piel de la zona lesionada (necrosis cutánea), que conlleva la necesidad de extirparla.

5. ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO

No existen.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:



Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS Y LUXACIONES ARTICULARES DE:**

.....

En....., a de.....de.....

Fdo. DR. ROMERO FERNÁNDEZ

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el **Dr. Javier Romero Fernández.**

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS Y LUXACIONES ARTICULARES DE:**

.....

En....., a de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO





REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho))

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a de.....de.....

Fdo. DR. ROMERO FDEZ. Fdo. EL/LA PACIENTE Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL Fdo. EL/LA TESTIGO
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 le informamos que la información que nos facilita será utilizada por JAVIER ROMERO FERNANDEZ, con dirección en C/ SAN JOSE, 7, 1ª PLANTA, 11003, CADIZ, con el fin de prestarles el servicio solicitado, así como la gestión administrativa y contable. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos, así como cualesquiera derechos reconocidos en el RGPD 2016/679.

