

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, este 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)

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

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **REDUCCIÓN ORTOPÉDICA CERRADA DE LUXACIONES PROTÉSICAS**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. *Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.*
2. *El procedimiento puede precisar de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.*
3. *El propósito principal de la intervención es restablecer la anatomía y función de la articulación luxada evitando complicaciones de la prótesis.*
4. *El procedimiento consiste en la restauración de la anatomía normal de la articulación luxada mediante manipulación cerrada y su estabilización mediante vendajes, tracciones u ortesis. En ocasiones es imposible conseguir o mantener la reducción mediante procedimientos "cerrados", lo que obligaría a realizar una reducción abierta en el mismo momento o de forma diferida, así como utilizar métodos de estabilización como fijadores externos, agujas clavos, tracciones, etc habitualmente de forma temporal. Excepcionalmente se puede decidir dejar la prótesis luxada o retirarla y dejar la articulación "sin prótesis) (por ejemplo, en la cadera).*

RIESGOS DE LA REDUCCIÓN ORTOPÉDICA CERRADA DE LUXACIONES PROTÉSICAS

Todo tratamiento mediante técnicas cerrada o abiertas, tanto por la propia técnica como por la situación vital de cada paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad etc.), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. *Imposibilidad de conseguir la reducción anatómica lo que supondría realizar una reducción abierta.*
- b. *Hematoma o lesión vascular.*
- c. *Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.*
- d. *Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la reducción. Fractura periprotésica.*
- e. *Aflojamiento o rotura de la prótesis durante las maniobras de reducción, lo que obligaría a un recambio de la misma.*
- f. *Rigidez o limitación funcional articular. Calcificaciones en los tejidos que rodean la articulación.*
- g. *No obtención de estabilidad suficiente pudiendo llevar a nuevos episodios de luxación.*
- h. *Necrosis o lesiones cutáneas.*
- i. *Síndrome de dolor regional complejo.*
- j. *Síndrome compartimental.*
- k. *Embolia grasa o trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte)*

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO DE REDUCCIÓN ORTOPÉDICA CERRADA DE LAS LUXACIONES PROTÉSICAS

No existe alternativa. En caso de no conseguir una reducción cerrada, se debe realizar de forma abierta.

Mediante la firma del presente documento declaro que 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 que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a 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 EXPLICACIÓN ALGUNA, 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. En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **REDUCCIÓN ORTOPÉDICA CERRADA DE LAS LUXACIONES PROTÉSICAS.**

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

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

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.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO