

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTRODESIS ARTICULAR

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./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 **ARTRODESIS ARTICULAR**. 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, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. PROCEDIMIENTO

Consiste en la obtención del bloqueo del movimiento de una articulación mediante la cirugía. Para obtener dicho fin es necesario quitar las superficies de deslizamiento (cartílagos) de los huesos por fijar, su puesta en contacto y su mantenimiento mediante tornillos, placas, fijadores o yeso, hasta que se obtenga la unión. Para acelerar el proceso puede ser necesario añadir un injerto de hueso, generalmente de otra parte del organismo.

La operación puede tener como objetivo la corrección de una deformidad, el tratamiento primario de una fractura con gran destrucción articular que no se pueda reconstruir, el tratamiento de las secuelas dolorosas de una fractura o el tratamiento de una destrucción importante de una articulación donde no esté indicada la colocación de una prótesis.

La intervención precisa anestesia, que puede ser regional o general dependiendo de sus condiciones y de la articulación por fijar. 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 administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

La principal consecuencia de la intervención es la pérdida definitiva de su movimiento, que compensará en parte con el movimiento de las articulaciones adyacentes. Esta compensación conduce, a largo plazo, a una sobrecarga y a la aparición de artrosis, sobre todo en las articulaciones que soportan peso. La extirpación de parte del hueso también conlleva una pérdida de la longitud del mismo.

Durante la operación existe una pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas. El Servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas.



Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente, recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación que realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la ARTRODESIS ARTICULAR son:

- a) 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.
- b) Lesión de vasos de la extremidad.
- c) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- d) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Infección de la herida.
- f) Fractura de un hueso en el momento de realizar la intervención o con posterioridad a la fusión.
- g) Retardo o ausencia de la consolidación, con persistencia de dolores en la zona.
- h) De forma poco habitual pueden existir complicaciones tales como: cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona operada hacia el extremo del miembro que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), fijación de la articulación en mala posición y reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación afecta. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación o la deformidad.

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 **ARTRODESIS ARTICULAR DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

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

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 **ARTRODESIS ARTICULAR**:

.....

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. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO

