

Fecha:

Nº de Historia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTRODESIS

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA.

USTED VA A SER INTERVENIDO DEL LADO

PROCEDIMIENTO

La técnica que se me va a realizar consiste en la obtención del bloqueo del movimiento de una articulación mediante la cirugía. Para obtener dicho fin se necesita quitar las superficies de deslizamiento (cartilagos) de los huesos a 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 a fijar.

El departamento de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cuál es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento a realizar, puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

CONSECUENCIAS SEGURAS

1. 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 la larga una sobrecarga y 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.
2. 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.
3. 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.
4. Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de la artrodesis quirúrgica de la articulación _____ son:

- Lesión de vasos de la extremidad.
- Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección de la herida.
- Fractura de un hueso en el momento de realizar la intervención, o con posterioridad a la fusión.
- Retardo o ausencia de la consolidación, con persistencia de dolores en la zona.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones 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.

- A medio o largo plazo el material metálico (como cualquier otro material implantado), puede producir trastornos en el hueso, por lo que, en ocasiones, puede ser necesaria su retirada una vez finalizada su función.

Toda estancia en un Centro Sanitario implica una serie de riesgos, como la infección nosocomial (infección contraída durante la estancia en el Centro Sanitario, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación al momento del ingreso en dicho Centro). Estas infecciones pueden no estar directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico. Las más comunes son respiratorias y/o urinarias, aunque puede afectar a otros sistemas o regiones corporales.

RIESGOS PERSONALIZADOS (cumplimentar si procede)

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico 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 recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

Por tanto **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACION:**

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: _____

DNI: _____

A causa de: _____

En _____ a _____ de _____ de 20 ____