

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTRODESIS DE CADERA/RODILLA

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, Sr., Sra.de.....años de edad,
Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, Sr., Sra.de.....años de edad,
con domicilio en.....
DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....

M.N:M.P.:me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTRODESIS DE CADERA/RODILLA**. 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. El propósito principal de la intervención es aliviar el dolor producido por una articulación enferma y, consecuentemente, mejorar la calidad de vida del paciente (nivel de actividad, etc.) a costa de eliminar el movimiento de dicha articulación.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en conseguir la anquilosis o fusión ósea de una articulación patológica. Pueden utilizarse diferentes técnicas dependiendo de cada caso y de la articulación que se pretenda artrodesar. Estas posibles técnicas incluyen tanto la fijación externa como la utilización de diferentes dispositivos de fijación interna (agujas, tornillos, placas atornilladas, etc.) o clavos intramedulares en el caso de la rodilla, etc. Puede ser necesaria la utilización de injerto óseo del propio paciente y/o del banco.

5. 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.

6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica en la realización de una ARTRODESIS DE CADERA/RODILLA pueden ser:

- Problemas vásculo-nerviosos secundarios a la utilización del manguito de isquemia.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Lesión de los vasos adyacentes. Si se afecta un gran vaso puede producirse una hemorragia masiva, lo que podría ocasionar incluso la muerte.
- Lesión o afectación de los nervios adyacentes, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.



- e) Enfermedad tromboembólica, que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.
- f) Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- g) A medio o largo plazo puede producirse el fallo del material implantado por infección, desgaste o rotura, lo que puede obligar a la retirada del mismo.
- h) Complicaciones cutáneas (necrosis, etc.).
- i) Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Südeck.
- j) Síndrome compartimental.
- k) Dolor residual.
- l) Puede originarse una rigidez de las articulaciones adyacentes así como un aumento de los requerimientos de energía para la deambulación.
- m) Pueden presentarse asimismo parálisis, cojera, defectos de rotación y acortamiento del miembro.
- n) Puede ser necesaria la transfusión de sangre, especialmente en los casos de artrodesis de rodilla.
- o) Fracaso en la consecución de la fusión ósea, lo que puede originar la necesidad de nuevas intervenciones, generalmente cada vez más complejas y con mayores tasas de complicaciones y menores posibilidades de éxito. En última instancia, la artrodesis puede definitivamente no conseguirse, lo que podría hacer necesario el uso de dispositivos ortopédicos de forma permanente con fines paliativos por parte del paciente.

7. 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 DE CADERA/RODILLA**.

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 Asociación Argentina para el Estudio de la Cadera y la Rodilla (A.CA.RO.)