hm hospitales

Artrodesis de rodilla, tobillo o pie

D./DÑA:é , deé é é é é años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)
edad con domicilio ené é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é ..y DNI Nºé é é é é é é .....

D./DÑA:é , deé é é é é años de
(Nombre y dos apellidos)
edad con domicilio ené é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é ..y DNI Nºé é é é é é é .....

en calidad deé .deé é é é é é é é é é é é é é é é é é .
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el Dr./Draé é é é é é é é é é é é é ..... (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTENTE EN ARTRODESIS DE RODILLA, TOBILLO O PIE.

1. 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.
2. La intervención precisa anestesia, que será valorada por el servicio de Anestesiología.
3. La intervención consiste en conseguir una anquilosis o función ósea de una articulación patológica. Pueden utilizarse diferentes técnicas en dependencia de cada caso y de la articulación que se pretende artrodesar. Estas posibles técnicas incluyen la fijación externa, utilización de diferentes dispositivos de fijación interna (agujas, tornillos, placas atornilladoras, etc.), clavos intramedulares en el caso de la rodilla, etc. Puede ser necesaria la utilización de injerto óseo del propio paciente y/o de banco.
4. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,é) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para LA REALIZACIÓN DE UNA ARTRODESIS DE RODILLA, TOBILLO O PIE pueden ser:
   a) Problemas vásculo-nervioso secundarios a la utilización del manguito de isquemia.
   b) Infección de la herida quirúrgica.
   c) Lesión de los vasos adyacentes. Si se afecta un gran vaso puede producirse una hemorragia masiva, lo que podría ocasionar incluso la muerte.
   d) 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 probabilidades 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 arte del paciente.

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTENTE EN ARTRODESIS DE RODILLA, TOBILLO O PIE.

Ené . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico **Fdo.: El Paciente**

Nº de Colegiado:_____

REVOCACIÓN

D./DÑA:é , deé é é é é años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)
edad con domicilio ené é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é ..y DNI Nºé é é é é é é .....

D./DÑA:é , deé é é é é años de
(Nombre y dos apellidos)
edad con domicilio ené é é é é é é é é é é .é é é é é é é é é é é é é ..y DNI Nºé é é é é é é .....

en calidad deé .deé é é é é é é é é é é é é é é é é é .
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fechaé é é é é é . Y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Ené . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico **Fdo.: El Paciente**

Nº de Colegiado:_____