

ARTRODESIS

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 de anestesia, que será valorada por el servicio de Anestesiología.
3. La intervención consiste en conseguir una anquilosis o fusión ósea de una articulación patológica. Pueden utilizarse diferentes técnicas en dependencia de cada caso y de la articulación que se pretenda artrodesar. Estas posibles técnicas incluyen la fijación externa, utilización de diferentes dispositivos de fijación interna (agujas, tornillos, placas atornilladas, 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...) 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 vasculo-nerviosos 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 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.
6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, 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. 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 tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En.....a de.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, 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. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente la.....

En.....a de.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a procedimiento de.....

En a de.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE

*Dr. Javier Vázquez Domínguez
Dr. Víctor Moreno Barrueco
Dr. Jorge Glez González-Zabaleta*