



# ASOCIACION ESPAÑOLA

## Primera en Salud

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTRODESIS DE TOBILLO

#### **INFORMACIÓN GENERAL**

El propósito principal de la intervención consiste en fijar la articulación para corregir la deformidad, mejorar el apoyo y evitar el dolor. La pérdida definitiva del movimiento que se consigue se compensará en parte con el movimiento de las articulaciones adyacentes.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

#### **EN QUÉ CONSISTE LA ARTRODESIS DE TOBILLO**

La Intervención consiste en el bloqueo del movimiento de la articulación del tobillo mediante 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.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

#### **CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DE LA ARTRODESIS DE TOBILLO**

**En ese caso se mantendrán los síntomas y signos que son expresiones del cuadro clínico actual.**

#### **RIESGOS DE LA ARTRODESIS DE TOBILLO**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento: Infección a nivel de la herida operatoria que puede llegar a afectar el tejido óseo, hematoma, lesiones vasculares o nerviosas que pueden ocasionar trastornos sensitivos y/o motores, rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención, recidiva de la deformidad, aflojamiento del material implantado, flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar, rigidez articular, calcificaciones en los tejidos que rodean la articulación o la prótesis insertada con limitación de su movilidad, necrosis cutánea, acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado, con el tiempo.

Debido a la sobrecarga que sufrirán las articulaciones adyacentes, al compensar la pérdida de movimiento de la articulación artrodesada, puede aparecer artrosis, complicaciones del estado general como consecuencia de la edad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédico y/o rehabilitador pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De darse dicha circunstancia, el médico actuante adoptará, en el momento, las medidas terapéuticas que considere pertinentes

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## INFORMACION Y RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

---

---

### **QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY**

Tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación afectada. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas, no deteniendo el desgaste progresivo.

**SI DESPUES DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.**

## CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicada una artrodesis de tobillo, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

- 1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.
- 2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;
- 3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;
- 4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

MEDICO TRATANTE.

NOMBRE \_\_\_\_\_

El firmante deja constancia: que el paciente si/no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA \_\_\_\_\_

SOCIO

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

## NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO.-

**Niños:** El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento

**Imposibilitados:** El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_, Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACION CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

## DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento \_\_\_\_\_ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar este consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

### NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de - \_\_\_\_\_, no consiento su realización.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_, Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACION CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_

### REVOCACION DEL COSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, para realizar el procedimiento de \_\_\_\_\_.

FIRMA \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_, Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

RELACION CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_