

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es una cirugía para el tratamiento de casos avanzados o de origen secundario a otros procesos, de la artrosis de rodilla (gonartrosis). Su objetivo es la reorientación de las superficies articulares para lograr restaurar el eje de carga fisiológico o normal de la articulación de la rodilla .

2. ¿Cómo se realiza?: mediante la extracción de una cuña ósea de la tibia y posterior cierre del defecto. Es como una fractura provocada que requiere posterior fijación con diferentes sistemas como placas, grapas o tornillos, dependiendo de la técnica elegida. Puede ser necesario el uso de injerto de hueso de su propio cuerpo, de donante o sustituto artificial. En ciertos casos, se requiere realizar una fractura en el peroné (hueso cercano a la tibia) o actuar en la articulación entre la tibia y peroné para facilitar la osteotomía.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** la complicación más frecuente de este tipo de intervención consiste en la infracorrección de la deformidad, seguida de la pseudoartrosis o no unión de la fractura, la lesión del nervio ciático poplíteo externo con debilidad o ausencia para la flexión dorsal del pie, la trombosis venosa profunda que puede evolucionar a embolias o trombos pulmonares y la infección.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** lesión arterial que condicionaría la posible pérdida de la pierna. Fractura de algún segmento de la tibia durante la osteotomía de trazo intraarticular.

4. Consecuencias previsibles de su realización: retraso del proceso evolutivo rápido de la artrosis en las condiciones de sobrecarga ponderal previas a la cirugía en uno o ambos compartimentos. y condicionar futuras intervenciones tipo prótesis total de rodilla ya que la técnica dificulta la posterior colocación de una prótesis. Mejoría y/o desaparición del dolor provocado por la artrosis. Posible retorno a la actividad laboral habitual.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: progresión del deterioramiento de las superficies articulares con aumento del dolor.

6. Alternativas: se puede realizar un tratamiento conservador consistente en seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la extremidad y no sobrecargar la extremidad, usando bastón o perdiendo peso. La colocación de material protésico, ya sea sustituyendo un compartimento o los tres: prótesis unicompartmental o prótesis total de rodilla son alternativas en caso de fracaso de esta técnica, o en casos muy evolucionados en cuanto al desgaste de las superficies articulares. La osteotomía valgizante de tibia es una intervención paliativa y caduca, que en el mejor de los casos tiene una vida media de 5-7 años y cuyo objetivo principal es el alivio del dolor y el retraso del proceso degenerativo y que tiene como técnica de rescate la sustitución de la articulación o colocación de prótesis total de rodilla

7. Riesgos en función de su situación: existen patologías que condicionan un aumento de las complicaciones como pueden ser: diabetes, obesidad, insuficiencia venosa (varices), problemas hematológicos (alteraciones de la coagulación), etc.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____