

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTROPLASTÍA RADIOCUBITAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La intervención consiste en la reparación o la sustitución (artroplastia) de la ARTICULACIÓN RADIOCUBITAL DISTAL DE SUS LIGAMENTOS Y SUS CARILLAS ARTICULARES (fibrocartílago triangular del carpo, ligamentos de la articulación, carillas articulares del radio y del cubito, etc.) para permitir los movimientos. Se realizara la introducción por punción dentro de la articulación , de un sistema de lentes conectado a una camara de video que permite la visualización de las estructuras intra-articulares, este procedimiento llamado artroscopia será necesario solo si es reparable la lesión por este metodo . Por otros accesos de similares características se introducen los instrumentos que permiten a veces la reparación del ligamento triangular del carpo, lesiones osteocondrales u otras estructuras articulares, lo que supone una ventaja en comparación con una cirugía, convencional. De no poder repararse la lesion por artroscopia se procederá a realizar una herida en la muñeca, para la cirugía a cielo abierto, que podrá ser de reparacion de los ligamentos si fuera posible o la creación de una nueva articulación (artroplastia) con la colocación o no de material metálico y resección de un fragmento del hueso del cúbito (llamada operación de Sauve -Kapandji o con tenicas similares).

RIESGOS FRECUENTES

- Infeción de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía es mínima, pero en algunos casos puede desembocar en sepsis generalizada y muerte del paciente.
- Lesión de estructuras vasculo-nerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- Hemorragia masiva de un gran vaso que puede ocurrir durante la intervención o posteriormente y que puede llegar a provocar una anemia aguda.
- Rigidez articular y pérdida parcial o total de la movilidad de la muñeca con posterioridad a la intervención, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- Roturas de tendones o ligamentos adyacentes a la articulación.
- Daño del cartílago articular.
- Hemartrosis(sangre en la articulación) y hematomas de zonas adyacentes.
- Algoneurodistrofia (Síndrome de dolor regional complejo tipo I).
- Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
- Extravasación de líquido a los tejidos circundantes.
- Síndrome compartimental.
- Fallos y roturas del material o instrumental empleado.
- Flebitis o Tromboflebitis y eventualmente tromboembolismo pulmonar que puede provocar la muerte del paciente.
- Persistencia del dolor de la articulación o secuelas de movilidad permanentes de la misma
- Movilidad no deseada pero posible del extremo del hueso del cubito seccionado, que puede requerir otras operaciones para su estabilización.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTROPLASTÍA RADIOCUBITAL

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **ARTROPLASTÍA RADIOCUBITAL**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **ARTROPLASTÍA RADIOCUBITAL**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO