

# CONSENTIMIENTO INFORMADO RECONSTRUCCION L.C.A.



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO 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**

El ligamento cruzado anterior (LCA) es una potente estructura ligamentosa que se encuentra en el centro de la articulación de la rodilla, y proporciona estabilidad de la articulación frente a movimientos de extensión- flexión y rotación de la rodilla.

Este ligamento tiene una mínima capacidad de curación, por lo que cuando se rompe en forma completa no puede esperarse la curación espontánea, por lo que precisa su sustitución para recuperar la función.

La sustitución se realiza por otra estructura que puede ser orgánica o inorgánica. Generalmente se utilizan tendones humanos que son tomados del propio paciente.

#### **OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

El propósito principal de la cirugía es la reconstrucción del ligamento así como de las lesiones asociadas si las hubiera. En todos los casos se intenta obtener una rodilla mas estable posible.

Puede pasar que no quede exactamente igual que previo al accidente.

La recuperación completa de este tipo de lesiones puede llevar de 4 a 12 meses, según las lesiones asociadas y la actividad del paciente.

#### **ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

No es necesario intervenir todas las roturas de este ligamento. En general a menor edad, mayor actividad y mayor indicación de cirugía. En mayores de 35-40 años y con vida poca activa se puede indicar un programa de rehabilitación y rodillera para actividades concretas. Sin embargo si ocurren complicaciones (derrame en la rodilla) hay que plantear la cirugía.

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Mejoría importante en la estabilidad. Pero como lo que se usa no es un ligamento exactamente, no se espera que quede igual a la sana.

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO**

Si la actividad del paciente es importante se producirán episodios de inflamación, rotura de los meniscos y lesiones del cartílago articular.

#### **RIESGOS FRECUENTES**

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables: Sinovitis (derrames frecuentes en la articulación), rigidez o pérdida de la movilidad de la rodilla, dolor y molestias en la zona donante.

#### **RIESGOS POCO FRECUENTES**

Infección de herida operatoria, distrofia simpatico-refleja, Flebitis o tromboflebitis.

Muy raramente: hemorragias por afectación de un vaso que puede llevar a la amputación del miembro, lesión de nervios adyacentes, rotura del hueso que se manipula, trombosis venosa profunda que lleva a embolismo pulmonar y a veces a muerte.

#### **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

## RECONSTRUCCION L.C.A.

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 **RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**  
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 PACIENTE ..... DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**  
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