

CONSENTIMIENTO INFORMADO

REEMPLAZO DE RODILLA



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

La sustitución de la articulación de la rodilla es un procedimiento quirúrgico en el que se reemplaza total o parcialmente la articulación, utilizando unos dispositivos artificiales que van anclados al hueso mediante cemento acrílicos o mediante ajustes con tornillos (prótesis). 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.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Este procedimiento se realiza cuando la articulación ha sido dañada de manera irreparable e irreversible, produciendo gran incapacidad y dolor. El principal efecto de la cirugía es aliviar el dolor y restaurar la función de la articulación.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No existen alternativas razonables. La artrodesis o fijación de la rodilla alivia el dolor pero provoca una ausencia completa de la movilidad que sobrecarga en forma muy importante a la columna y a la cadera contralateral.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Después de la intervención sentirá mejoría del dolor de la pierna. La mejora progresiva de la marcha que puede recuperarse en 2-3 meses.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

De no realizarse la intervención cabe esperar el empeoramiento progresivo de los síntomas dolorosos y de la incapacidad de la marcha.

RIESGOS FRECUENTES

Son riesgos menos graves aunque frecuentes los relacionados con los cambios en la motilidad articular, que puede verse disminuída por contracturas o rigidez articular postoperatoria. Diferencias en la longitud de los miembros debido a acortamientos o alargamientos de los implantes. Defectos en la rotación del miembro operado o en la angulación del mismo. Osificaciones periprotésicas dolorosas o anquilosantes.

RIESGOS POCO FRECUENTES

La cirugía tiene éxito en un 90% de los casos. Pero pueden existir complicaciones:
Infecciones: De la herida (superficiales) o de los tejidos cercanos a la prótesis (profundas). Las infecciones superficiales pueden tratarse con antibióticos. Las profundas pueden requerir la retirada de la prótesis. Cualquier infección del cuerpo puede extenderse hacia la prótesis.
Tromboembolismo: Se sospecha si se observa dolor o edema o inflamación de la pantorrilla o el muslo. Aunque se instauren medidas de prevención pueden ocurrir igual.
Aflojamiento: El aflojamiento de la prótesis puede ocurrir, a corto o mediano plazo, provocando dolor y necesitando una re-intervención.
Desgaste: A veces se produce y puede provocar el aflojamiento de la prótesis.
Roturas de implantes: Puede ocurrir por fatiga del material, aunque es cada vez menos frecuente debido a que hay mejora de los materiales que se usan.

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

REEMPLAZO DE RODILLA

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 **REEMPLAZO DE RODILLA**

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 **REEMPLAZO DE RODILLA**

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