

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## REVISION DE CADERA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE 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 operación puede necesitar anestesia general, o de la extremidad que se va a intervenir. El servicio de anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	<p>Consiste en retirar alguno o todos los componentes de la antigua prótesis y sustituirlos por una nueva. La operación se realiza abriendo la piel para llegar a la prótesis y retirando sus componentes. Luego se prepara el hueso y se coloca la nueva prótesis de cadera.</p> <p>El procedimiento puede modificarse en función del motivo del aflojamiento y la calidad del hueso:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Si se ha producido una pérdida importante de hueso, puede ser necesario un injerto óseo de su propio cuerpo o de donante.</li><li>- También puede ser necesario el uso de algún tipo de fijación para asegurar la estabilidad de los nuevos componentes.</li><li>- Si el motivo del aflojamiento es la infección, lo más habitual es realizar una primera intervención para retirar la prótesis, limpiar la zona y colocar un espaciador de cemento impregnado de antibióticos; la colocación de la nueva prótesis se realizará cuando desaparezcan los signos de infección.</li></ul>
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	<p>Sirve para eliminar los síntomas provocados por el aflojamiento de la prótesis (dolor, pérdida de movilidad), o como parte del tratamiento cuando el aflojamiento es debido a una infección de la prótesis.</p>
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	<p>Si usted decide no operarse, la alternativa sería:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Continuar con el tratamiento farmacológico y con las recomendaciones generales de uso de un bastón, hábitos de vida saludable, pérdida de peso, etc.</li></ul> <p>Si presenta infección de la prótesis, la alternativa es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mantener tratamiento antibiótico prolongado, con el riesgo de que la infección pueda provocar fístulas (salida al exterior) o diseminarse por la sangre.</li></ul>
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	<p>Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización. Durante unos días necesitará reposo con el miembro intervenido en alto. Al principio presentará pérdida de fuerza que recuperará a medida que vaya ejercitando la extremidad. Según el tipo de operación y de anestesia, puede necesitar una sonda de orina durante algunos días. En la intervención o en los días siguientes puede aparecer anemia debida a la pérdida de sangre durante la operación y necesitar transfusiones o suplementos de hierro.</p>
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	<p>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. La intervención de recambio de prótesis de cadera es bastante más compleja que la colocación de la primera prótesis, la posibilidad de que aparezcan complicaciones es mayor y sus resultados pueden ser algo menos satisfactorios y menos duraderos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tras la operación es normal sentir dolor o molestias en las zonas cercanas.</li><li>- Anemia postoperatoria</li><li>- Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos.</li><li>- Rotura, movilización o aflojamiento de los materiales empleados para la fijación (tornillos, placas, etc.).</li><li>- Intolerancia al material utilizado para fijar el hueso que puede obligar a su retirada.</li><li>- Complicaciones de la cicatriz</li><li>- Acortamiento, alargamiento o rotación de la cadera operada que provoque alteraciones en el eje de la extremidad.</li><li>- Calcificaciones y miositis osificante</li></ul>

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## REVISION DE CADERA

### RIESGOS POCO FRECUENTES

Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves:

- Infección, superficial o profunda
- Hemorragia
- Trombosis venosa y Tromboembolismo pulmonar
- Distrofia simpatico-refleja
- Embolia grasa
- Síndrome compartimental
- Lesión de nervios de la extremidad que puede provocar distintos grados de pérdida de sensibilidad o parálisis. Esta lesión puede ser temporal o definitiva.
- En el lugar del que se extrae el injerto de hueso existe riesgo de infección, hematomas, fracturas o dolor residual.
- Luxación de la prótesis
- Fractura alrededor de los componentes de la prótesis
- Artroplastia de resección: En estos casos, se retiran todos los elementos anteriores y se deja que entren en contacto los fragmentos óseos que quedan. Este procedimiento suele provocar un acortamiento importante que precisa ser suplementado en el calzado y permite una actividad más limitada con un menor grado de confort.

### 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.

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 <b>REVISION DE CADERA</b>	
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 <b>REVISION DE CADERA</b>	
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