

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Implantación de Prótesis de Rodilla

FL-CDM-93

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

El propósito principal de la intervención consiste en aliviar el dolor e intentar mejorar la función y alineación articular.

EN QUE CONSISTE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA

La intervención consiste en la implantación de una prótesis metálica, para mantener la movilidad de la articulación después de la extirpación de las superficies articulares deterioradas. Se realiza con una instrumentación específica para tallar el hueso y poder recibir el implante. Esta técnica está muy sistematizada y se emplea desde hace más de 30 años. El sistema de fijación puede ser con o sin la utilización de cemento dependiendo de las circunstancias del paciente.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- Hematoma superficial o profundo con formación de seroma, que con frecuencia drena por la herida quirúrgica.
- Dehiscencia o necrosis de los bordes de la herida.
- Pérdida de la movilidad.
- Infección superficial o profunda.
- Trombosis venosa profunda o tromboembolismo.
- Lesión de vasos o nervios adyacentes.
- Luxación de la rótula y lesiones del tendón rotuliano.
- Cambios en la longitud de la pierna intervenida.
- Dolor residual.
- Aflojamiento o desgaste de los componentes que en algunos casos precisan un recambio de la prótesis.
- Osificaciones periprotésicas.
- Fractura del hueso durante la intervención o posteriormente por traumatismo.
- Cojera por insuficiencia muscular o por otras causas.
- Menos frecuentemente pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, gastrointestinales, urológicas y de confusión mental post operatorias, sobre todo en enfermos de edad avanzada.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) ortopédico y/o rehabilitador pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Osteotomías para alinear la pierna.

Artrodesis (fijación de la articulación, mediante injertos o tornillos para evitar el dolor).

Tratamiento conservador mediante rehabilitación, uso de bastones y pérdida de peso, para disminuir el dolor articular o en los casos en los que exista contraindicación quirúrgica.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Implantación de Prótesis de Rodilla

FL-CDM-93

Rev. 03

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____