ASOCIACION ESPAÑOLA
Primera en Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO
IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA

INFORMACIÓN GENERAL
El propósito principal de la intervención consiste en aliviar el dolor de la articulación de la rodilla secundario a un proceso degenerativo articular que puede ser secundario a una lesión traumática de la rodilla o a deformaciones angulares de la articulación.
El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS DE RODILLA
La intervención consiste en la implantación de prótesis que tiene tres componentes: femoral, tibial y rotuliano.
Tiene un componente metálico y otro de polietileno. Ambos componentes se unen al hueso de manera firme con un cemento que se coloca como una pasta que al endurecerse en pocos minutos contribuye a la fijación de la prótesis al hueso.
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.

CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DE LA IMPLANTACION DE PROTESIS DE RODILLA
En ese caso se mantendrán los síntomas y signos que son expresiones del cuadro clínico actual.

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:

- Dolor en los portales de entrada por irritación de nervios superficiales.
- Derrame postoperatorio.
- Dolor articular cuando existen alteraciones degenerativas del cartílago.
- Atrofia de la musculatura.
- Con menor frecuencia puede ocurrir trombosis venosa profunda, infecciones superficiales o profundas, pérdida de algún grado de movilidad y lesiones neuro-vasculares en relación con síndrome compartimental.
- Excepcionalmente se han descrito graves complicaciones vasculonerviosas que han dado lugar a lesiones irreversibles en el miembro afectado.
- Infección post operatoria.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, 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 mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De darse dicha circunstancia, el médico actuante adoptará, en el momento, las medidas terapéuticas que considere pertinentes

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

INFORMACION Y RIESGOS PERSONALIZADOS

_____

_____

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Tratamiento conservador con antinflamatorios y rehabilitación para disminuir el dolor o en los casos en los que exista contraindicación quirúrgica.
Cirugía convencional con artrotomía y meniscectomía total.

SI DESPUES DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.

CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicada una implantación de prótesis de rodilla, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.

2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;

3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;

4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los_____días del mes de _____de 201__.

MEDICO TRATANTE.
NOMBRE

_____

El firmante deja constancia: que el paciente si/no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA _____

SOCIO
NOMBRE_____C.I._____Domicilio_____
FIRMA_____

Teléfonos_____

NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO-.

Niños: El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento

Imposibilitados: El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA_____

REPRESENTANTE(S)
NOMBRE_____C.I._____,__Domicilio_____
Teléfonos_____

RELACION CON EL SOCIO_____(Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA_____

DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento _____ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.
Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar este consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO
Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de -_____, no consiento su realización.
FIRMA_____

REPRESENTANTE(S)
NOMBRE_____C.I._____,__Domicilio_____
Teléfonos_____

RELACION CON EL SOCIO_____(Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)
El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.
FIRMA_____

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO
Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha ___/___/___, para realizar el procedimiento de _____.

FIRMA_____

REPRESENTANTE(S)
NOMBRE_____C.I._____,__Domicilio_____
Teléfonos_____

RELACION CON EL SOCIO_____(Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)
El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.
FIRMA_____