

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECAMBIO O RETIRADA DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **RECAMBIO O RETIRADA DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. PROCEDIMIENTO

Una prótesis desgastada, movilizada, rota en alguno de sus componentes o infectada habitualmente precisa una nueva operación, ya sea para retirarla o bien para recambiarla.

La intervención consiste en la extracción de la prótesis, del cemento si lo hubiese y, si fuera posible, en la colocación de una nueva.

El objetivo de la intervención consiste en aliviar el dolor e intentar mejorar la movilidad y la incapacidad. También tiene como propósito intentar eliminar la infección, en el caso de que exista.

El procedimiento habitualmente precisa anestesia general, aunque puede efectuarse con anestesia de la cintura para abajo. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación, se le administrará la medicación oportuna.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Para extraer la prótesis suele ser necesario extirpar parte del hueso que hay alrededor de la misma, o bien retirar de su sitio un fragmento del fémur que luego tendremos que fijar.

Si se opta por el recambio de la articulación, suele necesitarse un implante más grande que tenga algún suplemento para estabilizar la prótesis o la utilización de injertos óseos (del propio paciente, del banco de huesos o artificial). La colocación de la prótesis suele tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento de la pierna intervenida.

Si se efectúa únicamente la retirada de la prótesis, la extremidad intervenida suele quedar acortada y con el pie girado hacia fuera.

En caso de infección podría colocarse en el mismo acto operatorio una nueva prótesis, si tenemos la certeza de que ha quedado limpio el hueso. Lo más habitual es realizar una primera intervención de limpieza y con posterioridad una segunda operación para implantar una nueva prótesis. En algunos casos se puede utilizar un espaciador de cemento impregnado de antibióticos hasta que se realice la segunda intervención.



Durante la operación existe una pérdida de sangre que suele requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas

Después de la intervención presentará molestias en la zona operada, debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias se pueden prolongar durante algunas semanas o meses, y en raras ocasiones hacerse permanentes.

Precisará reposo en cama durante unos días o bien caminar sin apoyar dicha pierna. Igualmente, recibirá instrucciones sobre la rehabilitación que realizar, los movimientos que evitar y sobre cómo utilizar las muletas.

La fuerza muscular se recupera parcialmente cuando el dolor desaparece. La movilidad de la articulación suele mejorar, aunque el grado de recuperación depende de lo rígida que estuviera antes de la intervención.

La prótesis no es una intervención definitiva, ya que se desgasta o se afloja con el tiempo y puede requerir otra intervención (más frecuentemente en los pacientes más jóvenes o activos).

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de RECAMBIO O RETIRADA DE LA PRÓTESIS ARTICULAR puede presentar complicaciones:

- a) Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Infección de la prótesis: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede aparecer incluso años después de la intervención. Cuando se efectúe otra intervención o una manipulación dental puede diseminarse una infección por la sangre, pudiendo afectar a su prótesis. Por dicho motivo deberá especificarlo al médico encargado del proceso.
- d) Lesión de los nervios de la pierna, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- e) Lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- f) Rotura o perforación de un hueso, al colocar la prótesis o más tardíamente.
- g) Luxación: en la mayoría de los casos puede colocarse en su sitio sin necesidad de operar. En otras ocasiones hay que cambiar el implante. Tras la luxación suele colocarse un aparato externo para mantener la articulación en su sitio.
- h) Limitación de la movilidad de la articulación, secundaria en general a la aparición de calcificaciones alrededor de la prótesis.
- i) Rigidez de la rodilla por la formación de una cicatriz adherente que puede requerir una movilización bajo anestesia.
- j) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones: hipotensión arterial severa, al realizar la fijación del implante, que puede conducir al paro cardíaco; fallo renal, por compresión de la pierna contraria; reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado y falta de unión de un fragmento del fémur que durante la operación puede tener que cortarse para realizar la operación.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo y descargar las articulaciones de la extremidad. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo, el aflojamiento o la rotura del implante. En caso de infección de la prótesis la intervención es inevitable.

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 y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cual-



quier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **RECAMBIO O RETIRADA DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR DE:**

.....
En....., a de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA. Fdo. EL/LA PACIENTE Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **RECAMBIO O RETIRADA DE UNA PRÓTESIS ARTICULAR DE:**

.....
En....., a de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA. Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA. Fdo. EL/LA PACIENTE Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL Fdo. EL/LA TESTIGO
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT