

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROPLASTÍA DE RODILLA**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

1. Yo,.....con diagnóstico presuntivo de ..... , habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi enfermedad, los riesgos de la misma, los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a** ..... , y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como..... que se realizará en .....
2. La intervención enunciada en el punto precedente me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - a) El objetivo de la intervención consiste en intentar aliviar el dolor y/o mejorar la movilidad y funcionalidad de la rodilla afectada por distintos procesos articulares.
  - b) Consiste en la sustitución de la articulación enferma y su reemplazo por una artificial llamada prótesis. Dicha prótesis puede estar fabricada de distintos metales y un plástico especial (polietileno), y puede fijarse con o sin cemento a los extremos óseos (tibia, fémur y – opcionalmente– rótula), dependiendo de cada caso particular (edad, actividad, calidad del hueso, etc.). En su caso se utilizará.....
  - c) La mejoría de los síntomas tras la intervención suele ser muy satisfactoria, pero debe tener presente que la vida útil de una prótesis es limitada. Con el tiempo y el uso el material de las prótesis se deteriora y se afloja el hueso. Esto provoca dolor, inestabilidad y limitación funcional. Cuando ello ocurra se plantea el recambio de la prótesis.
  - d) Para implantar la prótesis es necesario extirpar parte del hueso de la articulación y su adaptación puede tener como consecuencia el alargamiento o acortamiento del miembro intervenido. Aunque se suelen corregir las deformidades angulares de la pierna, dicha corrección puede ser incompleta o mayor de lo deseado.
  - e) Después de la intervención presentará molestias en la zona de la intervención, debidas a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona, las cuales se pueden prolongar durante algún tiempo o bien resultar continuas.
  - f) Puede precisarse reposo de la articulación, en cama o bien caminando sin apoyar dicha pierna, según el tipo y fijación del implante. La fuerza muscular se recupera 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.
  - g) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.-
3. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:

---

**Firma del paciente o representante/s**

3.1. **Frecuentes:** Infección de herida, sangrado, hematoma, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), dehiscencias de suturas y anemia post-operatoria.

3.2. **Menos frecuentes:** Obstrucción venosa con formación de trombos y eventual TEP (Tromboembolismo pulmonar), infección de la prótesis superficial o profunda (esta última puede requerir retirar el implante), lesión nerviosa (ciático fundamentalmente) que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis, fractura ósea, inestabilidad de la articulación (manifestada en movimientos anormales de la rodilla, fallos de la misma y más raramente luxación), distrofia simpática refleja, intolerancia o alergia al material protésico que puede obligar a su retiro, síndrome compartimental.

3.3. **Infrecuentes pero Graves:** Lesión vascular que puede requerir en los casos graves de la amputación del miembro, arrancamientos tendinosos, hipotensión arterial severa al realizar la fijación de la prótesis, que puede conducir al paro cardíaco y originar la muerte.

4. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
5. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésico, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
6. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
7. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de presentar.....
8. Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme la siguiente: continuar con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la articulación, descargarla utilizando un bastón o intentando perder peso. Asimismo se me ha explicitado que de acuerdo a mi estado actual de salud, resulta más aconsejable el procedimiento quirúrgico propuesto. Se me han explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección de tratamiento alternativo.-
9. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-
10. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
11. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:.....
12. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo

la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.-

13. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
14. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.-

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....