

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECAMBIO O RETIRADA DE PRÓTESIS ARTICULAR EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La prótesis articular que lleva implantada puede, con el tiempo, desgastarse, aflojarse o presentar complicaciones que hagan necesario realizar una nueva cirugía para reemplazarla o retirarla.

El procedimiento consiste en la extracción de la prótesis, la eliminación del cemento si lo hubiera, y, si es posible, la colocación de una nueva prótesis.

Para extraer la prótesis, suele ser necesario extirpar parte del hueso que la rodea o retirar un fragmento de hueso que luego deberá ser fijado en su lugar. Si se opta por el recambio de la articulación, generalmente se requiere un implante más grande, que puede incluir algún suplemento para estabilizar la prótesis, o el uso de injertos óseos procedente del mismo paciente o de un Banco de Huesos, con el riesgo de transmisión de enfermedades virales que pudiera tener el donante.

En casos de infección puede utilizarse un espaciador de cemento impregnado con antibióticos hasta que, mediante una segunda intervención, se pueda implantar una nueva prótesis definitiva.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de esta cirugía es aliviar o disminuir el dolor, mejorar la movilidad y la función y eliminar la infección en caso de que exista.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La colocación de la prótesis suele tener como consecuencia el alargamiento o el acortamiento del miembro intervenido.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hematoma o lesión vascular.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- Aflojamiento, rotura o penetración articular de implantes o del instrumental quirúrgico.
- Rigidez o limitación funcional de la articulación o de articulaciones vecinas.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- Luxación de la prótesis.
- Imposibilidad de inserción de una nueva prótesis.
- Osificaciones periprotésicas.
- Necrosis cutáneas.
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio

existente alrededor de determinados músculos).

- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad, que puede afectar al tejido óseo.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelve con tratamiento médico aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión

☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Medicación sintomática.
- Reposo.
- 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.

AUTORIZACIÓN PARA "RECAMBIO O RETIRADA DE PRÓTESIS ARTICULAR EN LA EXTREMIDAD SUPERIOR"

Yo, D./Dª. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: