



## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PROTESIS DE RODILLA

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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

### PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años  
de edad, DNI n.º.....,  
con domicilio en .....

### REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años  
de edad, DNI n.º....., en calidad de  
..... del paciente.

### DECLARO

Que el Dr./la Dra..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **PROTESIS DE RODILLA**. 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. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.
3. El propósito principal de la intervención es aliviar el dolor e intentar mejorar la función y la alineación articular.
4. La intervención consiste en sustituir la articulación enferma y reemplazarla por una artificial de manera parcial o total llamada prótesis. Dicha prótesis está 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 las circunstancias del paciente. En ocasiones el desgaste de

la articulación y la deformidad afecta sólo a una parte de la misma y puede sustituirse por una prótesis unicompartimental. En la mayoría de las ocasiones se requiere la sustitución completa de la articulación.

5. Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas. El propósito principal de la intervención consiste en corregir la desigualdad de longitud entre dos extremidades simétricas, de tal forma que se mejore la estática de la bipedestación, la dinámica de la marcha y la función manipuladora.

### **RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PROTESIS DE RODILLA**

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 implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar a la articulación y el tejido óseo.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.
- e. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- f. Pérdida de movilidad.
- g. Inestabilidad y desviación angular del miembro intervenido.
- h. Cambios en la longitud de la pierna intervenida.
- i. Luxación de la rótula y lesiones del tendón rotuliano.
- j. Dolor residual.
- k. Necrosis cutáneas.
- l. Osificaciones periprotésicas.
- m. Fractura del hueso que se manipula durante la intervención o posteriormente por un traumatismo.
- n. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck.
- o. Síndrome compartimental.
- p. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- q. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

### **ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PROTESIS DE RODILLA**

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, infiltraciones, uso de bastones, ortesis y pérdida de peso. Osteotomías para alinear la pierna. Mediante la firma del presente documento declaro que 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 que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a 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 CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, 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. En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/ tratamiento quirúrgico de **PRÓTESIS DE RODILLA**

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

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. El Dr./La Dra.

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

**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.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL/LA TESTIGO.

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

