


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Retiro o Recambio de Prótesis de Cadera y/o Rodilla	FL-CDM-102
		Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

El propósito principal de la intervención consiste en la desaparición o disminución de dolores y eliminar la infección en caso de que exista.

## EN QUE CONSISTE EL RECAMBIO O RETIRO DE PRÓTESIS DE CADERA Y/ O DE RODILLA

La intervención consiste en la extracción de la prótesis, del cemento si lo hubiese y si fuera posible en la reinserción de una nueva prótesis. En casos de infección podría utilizarse un espaciador de cemento impregnado de antibióticos, hasta que mediante una segunda intervención pudiera implantarse una nueva prótesis definitiva.

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.

## RIESGOS DEL RECAMBIO O RETIRO DE PRÓTESIS DE CADERA Y/O 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:

- Infección a nivel de la herida operatoria que, en algunos casos, puede afectar a las estructuras óseas.
- Hemorragia por afectación de un gran vaso.
- Lesión o afectación del tronco nervioso, que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
- Aflojamiento del material implantado.
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos a embolismo pulmonar.
- Calcificaciones de los tejidos que rodean a la prótesis y que limitarían la movilidad de la misma, rigidez articular, acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado.
- Defectos de angulación del miembro operado.
- Dolor a nivel del extremo de la prótesis.
- Luxación de la prótesis.
- Imposibilidad de inserción de una nueva prótesis.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, 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 la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.


De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Reposo, analgesia y rehabilitación como tratamiento conservador o en los casos que existe contraindicación quirúrgica.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLÍNICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO Retiro o                      Recambio de Prótesis de Cadera y/o                      Rodilla</b>	FL-CDM-102
		Rev. 03

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 que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior   
 Y en tales condiciones:

**DECLARO :**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a un **RETIRO O RECAMBIO DE PRÓTESIS DE CADERA Y/O RODILLA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **RETIRO O RECAMBIO DE PRÓTESIS DE CADERA Y/O RODILLA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)**

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
**(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)**

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con el **RETIRO O RECAMBIO DE PRÓTESIS DE CADERA Y/O RODILLA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCAION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)**

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
**(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)**

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_