

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROPLASTÍA PRIMARIA DE CADERA**

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos mi diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del tratamiento para el mismo, autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ y a su equipo, a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.
- 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.
- 3) El objetivo de la intervención tiene en miras intentar aliviar el dolor y/o mejorar la movilidad y funcionalidad de la cadera afectada por distintos procesos articulares o una fractura desplazada de cuello de fémur. Consiste en la sustitución de la articulación enferma y su remplazo por una artificial llamada prótesis. Dicha prótesis puede ser de plástico, de cerámica o de metal y puede fijarse con o sin cemento, dependiendo de cada caso particular (edad, actividad, calidad del hueso, etc.). Se debe tener en cuenta:
  - a) 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, limitación funcional, luxación de la prótesis o fractura del hueso en el que se encuentra. Cuando esto ocurra se plantea el recambio de la prótesis.
  - b) 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. 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.
  - c) 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.
  - d) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.
- 4) 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: como frecuentes: infección de herida, sangrado, hematoma, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), dehiscencias de suturas y anemia post-operatoria. Como 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 y crural fundamentalmente) que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis,

fractura ósea, luxación protésica, limitación de la movilidad articular (secundaria en general a la aparición de calcificaciones o de cicatrices adherentes alrededor de la prótesis), distrofia simpática refleja, intolerancia o alergia al material protésico que puede obligar a su retiro. Como 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.

- 5) 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.
- 6) 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. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio
- 7) 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 en su totalidad.
- 8) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 9) 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 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI/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.
- 10) 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.
- 11) 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 o 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.
- 12) 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, así como declaro ser alérgico/a \_\_\_\_\_

#### **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

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

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

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Represento en carácter de:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_