

ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Esta intervención se realiza ante ciertas fracturas conminutas articulares, necrosis avasculares, o artrosis severa de rodilla con dolor importante. Pretende disminuir el dolor y permitir la movilidad y la marcha.

Consiste en sustituir la articulación de la rodilla por otra artificial. La prótesis consta de tres componentes: cóndilos, platillos y rótula; esta última no siempre se pone. En su caso, se le pondrá:

Componente femoral cementado, no cementado,

Componente tibial cementado, no cementado;

Será preciso utilizar anestesia, por lo que será valorado e informado por el Servicio de Anestesia. En general será necesario transfundirle sangre. Si lo desea y siempre que las circunstancias lo permitan, podrá realizarse una autotransfusión, lo que exige una preparación previa que se le explicará.

Permanecerá hospitalizado durante ___ días. A las 48 horas podrá ser levantado de la cama y sentado en un sillón. Para empezar a caminar necesitará la ayuda de dos bastones, que mientras esté hospitalizado le prestará el hospital. Será muy importante que realice los ejercicios que se le vayan indicando.

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 otros específicos del procedimiento, entre los más importantes:

poco graves y frecuentes: hematomas; flebotrombosis, tromboflebitis; insuficiencia muscular, que puede necesitar ejercicios de rehabilitación; dolor en miembros inferiores. El miembro inferior no tendrá la misma longitud que antes de la intervención, lo que no le impedirá caminar con normalidad.

graves y poco frecuentes: fractura ósea intraoperatoria, que puede requerir fijación además de la colocación de la prótesis, y en ocasiones ésta habrá de esperar hasta la consolidación de la fractura; arrancamiento de la espina tibial; rotura tendinosa; lesión de vasos próximos (a. poplitea) con hemorragia de graves consecuencias, incluyendo la amputación de dicho miembro; lesiones nerviosas (ciático, parestia por isquemia preventiva); infección, que excepcionalmente puede requerir la extracción del implante o incluso provocar septicemia de graves consecuencias; alergia al material implantado; tromboembolismos a pesar del tratamiento preventivo; calcificaciones periarticulares que limitarían la movilidad; síndrome compartimental

cicatrices hipertróficas; hemartros; dehiscencia de sutura; necrosis de piel y/o del tejido celular subcutáneo; anestesia o hipersensibilidad de la cicatriz; prurito (picor); osteoporosis localizada de Sudeck.

Algunas de las complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, que incluye un riesgo de gravedad, y en ocasiones será necesario retirar la prótesis.

Será aconsejable no realizar trabajos que requieran esfuerzos, porque existe riesgo mayor de luxación de la rodilla, que en ocasiones precisará de reintervención, y/o inmovilización enyesada.

Como alternativa a esta intervención, en casos muy específicos se hallan las osteotomías y la artrodesis.

Si usted, o algún familiar desea mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del equipo en el Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

.....
.....

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, 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 tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente la.....

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a procedimiento de.....

En a de..... de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE