



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
ALDAKAKO ARTIKULAZIO-PROTESIAREN INTERBENTZIOA
INTERVENCION DE PROTESIS ARTICULAR DE CADERA**

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Interbentzio honen helburu nagusia da mina arintzea, eta artikulazio-funtzioa hobetzen ahalegintzea.

Ebakuntza honen oinarria da kaltetutako artikulazioaren ordez, beste artikulazio-protesi bat jartzea, zementua erabiliz ala erabili gabe, pazientearen gorabeheren arabera.

Ebakuntza honetan, anestesia erabili behar da, Anestesia Zerbitzuak balorazioa eginda.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- **Interbentzio kirurgiko guztietan daude berez konplikazioak, erabilitako teknikak nahiz pazientearen egoera orokorrak eraginda (diabetesa, kardiopatia, hipertentsioa, adinekoko izatea, anemia, obesitatea,...). Horieta batak batzuk larriak izan daitezke, eta horren ondorioz baliteke tratamendu osagarriak egin behar izatea (medikoak zein kirurgikoak). Hiltzeko arriskua ere badago, txiki-txikia bada ere.**
- **Interbentzio kirurgiko honen konplikazioak hauexek izan daitezke:**
 - a) **Tronboenbolia.**
 - b) **Hezur-ostalaria haustea, interbentzioan bertan, edo gerora.**
 - c) **Alboko hodiak kaltetzea.**
 - d) **Alboko nerbioak kaltetzea.**
 - e) **Inplantearen infekzioa (tratamendu antibiotikoak huts egingo balu, osagaiak erauzi beharko lirateke).**
 - f) **Inplantea lokatzea (baliteke beharrezkoa izatea lehengoratzea, edo ordezkatzeta).**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El propósito principal de la intervención consiste en aliviar el dolor e intentar mejorar la función articular.

La intervención consiste en sustituir la articulación enferma y reemplazarla por una Prótesis Articular que puede ser con o sin la utilización del cemento dependiendo de las circunstancias del paciente.

La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- **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 implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.**
- **Las complicaciones esta intervención quirúrgica para pueden ser:**
 - a) **Enfermedad tromboembólica.**
 - b) **Fracturas del hueso huésped durante la intervención o más tardíamente.**
 - c) **Lesión de los vasos adyacentes.**
 - d) **Lesión de los nervios adyacentes.**
 - e) **Infección del implante, que obligaría a la extracción de los componentes si el tratamiento antibiótico fracasa.**
 - f) **Luxación de la prótesis que puede exigir su reducción o incluso cambio.**



- g) **Protesia lasaitzea, edo osagaiak gastatzea; ondorioz, ordezkatu egin beharko litzateke (emaitza txarragoa izanik, hasierako inplantean baino).**
 - h) **Osifikazio periprotésiko mingarriak, edo ankilosatzailak.**
 - i) **Artikulazio-zurruntasuna.**
 - j) **Honelako konplikazioak ere gerta daitezke (gutxitan): bihotz-birikietakoak, urologikoak, urdail-hesteetakoak, eta ebakuntza-ondoko nahasmen mentala (batez ere adinduen artean).**
 - k) **Honelakorik ere gerta daiteke: paralisia, errenka ibili beharra, eta hanka laburtzea.**
 - l) **Odol-transfusioa ere beharrezkoa izan daiteke, Hemoterapiako Zerbitzuak balorazioa eginda.**
- g) Aflojamiento de la prótesis o desgaste de los componentes que implicaría la necesidad de recambio, con peores resultados que la implantación inicial.
 - h) Osificaciones periprotésicas dolorosas o anquilosantes.
 - i) Rigidez articular.
 - j) Menos frecuente pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, gastrointestinales, urológicas y confusión mental postoperatoria, sobre todo en enfermos de edad avanzada.
 - k) Pueden presentarse asimismo parálisis, cojera y acortamiento del miembro.
 - l) Puede ser necesaria la transfusión de sangre, que será valorada por el Servicio de Hemoterapia.
- **Kirurgiaren unean bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.**
 - Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

<~~ ~>

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

<~~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

<~~ ~>



<-->

Datuak babesteari buruzko oinarritzko informazioa: *Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

Pazientea/k / El Paciente/s	
Pazientearen izen-abizenak eta NAN Nombre, apellidos y DNI del paciente	<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>
Sinadura/k eta data Firma/s y fecha	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; height: 100px;"> <div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 15px; width: 40%;"></div> <div style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 15px; width: 40%;"></div> </div>



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha