



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO ALDAKA EDO BELAUNEN PROTESI OSOA ALDATZEA EDO KENTZEA RECAMBIO O RETIRADA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA O RODILLA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Interbentzio honen helburu nagusia da mina kentzea, edo murriztea, eta infekzioa desagertzea, halakorik egonez gero.

Interbentzioaren oinarria da protesia erauztea, eta zementua ere bai (balego), eta, protesi berri bat jartzea, ahal izanez gero. Infekziorik badago, antibiotikoz bustitako zementu-bereizgailu bat erabili daiteke, bigarren ebakuntza batean behin betiko beste protesi bat jarri ahal izateko.

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, adinekoa izatea, anemia, obesitatea,...). Horietako 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) **Ebakuntzako zauria infektatzea; zenbaitetan sepsia eragin dezake, eta heriotza ere bai.**
 - b) **Odoljario larria hodi handi bat urratzeagatik. Inoiz, heriotza ere eragin dezake.**
 - c) **Nerbio-enborreko lesioa edo kaltea, (trastorno sentzitibo eta/edo motoreak eragin ditzake).**

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

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

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.

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) **Infección a nivel de la herida operatoria, que en algunos casos puede desembocar en sepsis y muerte..**
 - b) **Hemorragia masiva por afectación de un gran vaso, que en algunos casos puede ocasionar la muerte.**
 - c) **Lesión o afectación del tronco nervioso, que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores.**



- d) **Interbentzioan manipulatu den hezurra hautsi edo lehertzea.**
 - e) **Hezur-ostalaria zulatzea (gerta daiteke ez antzematea).**
 - f) **Ezarritako materiala lasaitzea.**
 - g) **Flebitisa edo tronboflebitisa (birika-embolismoa eragin dezake, eta heriotza ere bai, kasurik txarrean).**
 - h) **Kaltzifikazioak protesia inguratzen duten ehunetan, haren mugikortasuna mugatuta.**
 - i) **Artikulazio-zurruntasuna.**
 - j) **Operatutako gorputz-adarra laburtzea, luzatzea; errotazio- edo angeluazio-akatsak agertzea.**
 - k) **Mina protesiarekin muturrean.**
 - l) **Protesia lokatzea.**
 - m) **Ezinezkoa izatea beste protesi bat sartzea.**
- d) Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención.
 - e) Perforación del hueso huésped que puede pasar inadvertido.
 - f) Aflojamiento del material implantado.
 - g) Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar en el peor de los casos a embolismo pulmonar y muerte.
 - h) Calcificaciones de los tejidos que rodean a la prótesis y que limitarían la movilidad de la misma.
 - i) Rigidez articular.
 - j) Acortamiento, alargamiento, defectos de rotación del miembro operado, defectos de angulación del miembro operado.
 - k) Dolor a nivel del extremo de la prótesis.
 - l) Luxación de la prótesis.
 - m) Imposibilidad de inserción de una nueva prótesis.
- **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



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