



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO BELAUNeko PROTESI OsoA / PROTESIS TOTAL DE RODILLA

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 ordeza, beste artikulazio-protesi bat jartzea, zementua erabiliz ala erabili gabe, pazientearen gorabeheren arabera.

Interbentzio 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) Tresna kirurgikoak apurtzeak eragindako konplikazioak. Oso nekez gertatzen dira (%0,3).
 - b) Odoljarioak. Alboko hodiak urratzeagatik gertatzen da, baina so gutxitan izaten da garrantzizkoa (%0,5).
 - c) Konplikazio neurologikoak, artikulaziotik hurbil dauden nerbioak nahi gabe kaltetzeagatik (%0,6).
 - d) Hezurrak apurtzea; konpontzeko, eusteko materiala behar izaten da.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

La intervención tiene el propósito de aliviar el dolor y de intentar mejorar la función articular.

La intervención consiste en sustituir la articulación enferma por una prótesis articular que puede ser con o sin 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) Complicaciones instrumentales por rotura del material quirúrgico. Muy raras (0,3%).
 - b) Hemorragias. En raras ocasiones el sangrado es importante por afectación de vasos adyacentes. 0,5%
 - c) Complicaciones neurológicas por lesión accidental de los nervios cercanos a la articulación. (0,6 %).
 - d) Fracturas del hueso que requieran material para su sujeción.



- e) **Infektatzea zauri kirurgikoak edo/eta zauri orokorrak; tratamendu prebentiboa aplikatuta, tratamendu antibiotikoak huts eginez gero, baliteke beharrezkoa izatea inplantea kentzea (%4).**
- f) **Odolbilduak, eta zain-tronbosi sakona (%7). Eta, inoiz, birika-embolia (%0,1).**
- g) **Protesia lokatzea, eta beharrezkoa izatea berriz kokatzea; eta, batzuetan, oso nekez bada ere, osagaiak aldatzea ere bai.**
- h) **Artikulazio-zurruntasuna; baliteke beharrezkoa izatea mobilizazioa eragitea, anestesia orokorra jarrita, edo atxikidurak askatzea.**
- i) **Artikulazioko hondar-mina, batez ere, belaunaren aurreko aldean.**
- j) **Distrofia sinpatiko-erreflexua.**
- k) **Jatorri ezezaguneko hezur-dekaltzifikazioa, horrelakorik izateko joera duten pertsonengan. (%0,01).**
- l) **Zenbait kasutan odola behar izaten da.**
- **Kirurgiaren unean bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.**
- e) Infección de las heridas quirúrgicas y/o generales, que pudiera obligar a la extracción del implante si fracasa el tratamiento antibiótico, a pesar del tratamiento preventivo que se le aplicará. (4%).
- f) Coágulos y trombosis venosa profunda (7%) y excepcionalmente embolia de pulmón (0,1%).
- g) Luxación de la prótesis que requiera su reducción y en ocasiones, aunque raras, el recambio de componentes.
- h) Rigidez articular que pudiera requerir una movilización bajo anestesia general o una liberación de adherencias.
- i) Dolor residual articular, sobre todo, en cara anterior de la rodilla.
- j) Distrofia simpático refleja.
- k) Decalcificación ósea de origen desconocido en personas predispuestas. (0,01%).
- l) En algunos casos precisará sangre.
- 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 ezabatzeke, 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