



SANATORIO
OTAMENDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PLASTICA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

Fecha de ingreso

Yo,, DNI autorizo al Dr. y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a efectuar en mi persona los siguientes procedimientos:

El ligamento cruzado anterior es uno de los principales estabilizadores de la rodilla. Su rotura puede producir inestabilidad que cursa con dolor e inflamación de la rodilla y que a largo plazo suelen provocar una degeneración o artrosis de articulación. Es habitual la combinación con otras lesiones de la rodilla: meniscos, cartílago y otros ligamentos El procedimiento consiste en la sustitución del ligamento roto por tendones, tendones y huesos, ligamento o tendones de un donante o tejido sintético. Para su pasaje hacia la articulación se necesitan realizar túneles óseos y para su anclaje se necesita utilizar implantes metálicos o biodegradables. La intervención se realiza combinando la cirugía artroscópica y a cielo abierto (básicamente para la extracción del injerto). El objetivo de la intervención es el de mejorar la función de la rodilla, brindar mayor estabilidad y retrasar la progresión de las lesiones degenerativas.

Posteriormente a la intervención presentará dolores en la zona de la rodilla debidos a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas. Luego de la cirugía necesitará usar muletas y férula por unos días y realizará ejercicios que se le detallaran con precisión al momento del alta médica. Raramente es necesaria una segunda operación para retirar los implantes metálicos colocados, cuando provoquen algún tipo de molestias y una vez que hayan cumplido su función.

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y realizar rehabilitación intensiva. Utilizar protección con una rodillera con unos flejes metálicos laterales de forma continua o durante la actividad deportiva. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas, pero puede que no evite los fallos de dicha rodilla o que no detenga el desgaste progresivo de la articulación.

Las complicaciones específicas de esta cirugía son las siguientes:

- Trombosis venosa profunda que puede generar hinchazón de la pierna y que en ocasiones puede complicarse con alteraciones respiratorias por embolismo pulmonar que pueden conducir a la muerte.
- Infección superficial que sólo requiere antibióticos por vía oral y limpieza local o infección profunda cuyo tratamiento consiste en limpieza artroscópica de la articulación, en ocasiones retiro de los implantes y antibióticos por vía endovenosa u oral.
- Rigidez articular que puede necesitar como tratamiento la movilización de la rodilla bajo anestesia o una nueva cirugía artroscópica o abierta para mejorar la movilidad. Esta rigidez suele acompañarse de importante inflamación y dolor.
- Ruptura del injerto con reaparición de la inestabilidad.
- Ruptura del hueso durante la implantación del injerto o implantes.
- Hemorragias por afectación de un gran vaso que, en algunos casos, puede dar lugar a graves consecuencias para la pierna afectada (que inclusive pueden llegar hasta la amputación del miembro o la muerte)

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido.

He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa:

Firma del acompañante

Aclaración

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

Firma y sello del Médico