



Consentimiento Informado para
Cirugía Prótesis de Hombro.

Consentimiento Informado para Cirugía Prótesis de Hombro.

Consentimiento Informado para Cirugía Prótesis de Hombro.

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:

PRÓTESIS DE HOMBRO.

LADO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende efectuar un reemplazo de la articulación del hombro debido a que:

- La fractura o Luxofractura del Húmero proximal es altamente compleja que impide su reconstrucción a través de una fijación de los segmentos fracturados (osteosíntesis)
- El compromiso degenerativo articular producto de una Artrosis severa primaria, Artritis Reumatoídea, necrosis vascular y otros, no tienen otra opción terapéutica. La idea fundamental es calmar el dolor y secundariamente, dependiendo de cada caso mejorar la movilidad del hombro.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia. Se usará la prótesis más adecuada al paciente.

La intervención se realiza con el paciente en posición semi sentado y consiste en practicar una incisión en la piel de la cara anterior del hombro sobre la articulación. Se exponen cuidadosamente los elementos anatómicos del hombro. Luego se procede a reemplazar la cabeza del Húmero con un implante metálico y con apoyo de cemento para su mejor fijación. En algunas patologías precisas y especialmente en pacientes jóvenes, se utiliza un implante de recubrimiento (prótesis de superficie).

De igual forma se efectúa si la situación anatópatológica lo requiere el reemplazo de la cavidad glenoidea (superficie articular de la escápula) con un implante plástico también cementado.

Existe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones de los procedimientos por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. Posteriormente se requerirá una rehabilitación específica de hombro y de controles estrictos y seriados con su médico tratante.

Comprendo que 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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como **otros específicos del procedimiento:**

- Disminución de la movilidad
- Infección superficial o profunda de la herida operatoria
- Luxación o inestabilidad de los componentes prótesis
- Rotura del Manguito rotador (grupo de tendones del hombro)
- Hematomas
- Lesión neurológica de alguno nervio con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo.
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolia pulmonar.
- Rigidez articular post-operatoria
- Aflojamiento de los componentes protésicos.
- Dolor, que en general es de menor cuantía que el pre-operatorio
- Cicatriz hipertrofica (Quelóidea) muchas veces engrosado en el proceso de rehabilitación.
- En casos muy poco frecuentes fractura del húmero

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico con una prótesis de hombro y que **las alternativas terapéuticas son:**

- En caso de fractura o luxofractura una reconstrucción ósea con elementos osteosíntesis (a pesar de los pobres resultados) o manejo conservador.
- En el caso de un proceso degenerativo avanzado o necrosis vascular severo, un manejo conservador con rehabilitación (pobres resultados).

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **PRÓTESIS DE HOMBRO.**

LADO Derecho
 Izquierdo

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).