



Consentimiento informado para  
cirugía de Prótesis Total de  
Cadera

## **Consentimiento informado para cirugía de Prótesis Total de Cadera**

## Consentimiento Informado para Cirugía de Prótesis Total de Cadera

---

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 TOTAL DE CADERA**

**LADO**      Derecho      
                 Izquierdo

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende reemplazar el cartílago articular y la cabeza femoral por un implante compuesto por un componente de polietileno y otro metálico que se articula con el de polietileno y que se fijan al hueso usando o no un cemento especial ideado para este efecto.

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.

El tratamiento consiste en abordar quirúrgicamente la cadera, extraer el cartílago de la cavidad articular y la cabeza femoral e implantar el elemento protésico; generalmente se lo fija con un cemento de metacrilato. En raras ocasiones es necesario complementar el procedimiento con la colocación de amarras de alambre o placas metálicas por fracturas sobre agregadas del fémur.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

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.

**Frecuentes y poco graves:** Sangramiento de herida operatoria, infecciones superficiales, erosiones y necrosis de la piel, disminución de movilidad articular, cicatriz hipertrófica.

**Poco frecuentes y a veces graves:** Hematoma en la zona quirúrgica, Infección precoz o tardía de la prótesis la cual puede hacer necesario su remoción, Estallido del fémur distal, Flebitis o trombosis de las extremidades inferiores, y Luxación de la prótesis.

A más largo plazo debe considerarse el aflojamiento de uno o de los dos componentes de la prótesis, o su desgaste. En personas postradas pueden producirse escaras e infecciones pulmonares o urinarias.

De acuerdo con la evolución del cuadro puede ser necesario el retiro o el reemplazo de la prótesis.

**Menos frecuentes pero graves:** embolia pulmonar, embolia grasa, shock hipovolémico.

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.

Para la realización más segura de esta técnica puede ser necesaria la colocación de una sonda vesical.

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.

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 TOTAL DE CADERA**

**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).