

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Implantación de Prótesis de Hombro

FL-CDM-94

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende efectuar un reemplazo de la articulación del hombro debido a que: a.-La fractura o luxofractura del Húmero proximal es altamente compleja que impide su reconstrucción a través de una fijación de los segmentos fracturados (osteosíntesis) o b.-El compromiso degenerativo articular producto de una Artrosis severa primaria, Artritis Reumatoidea, 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.

CARACTERÍSTICAS DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE HOMBRO (En qué consiste)

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.

RIESGOS POTENCIALES DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE HOMBRO

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 en rangos muy variables.
- 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 hipertrófica (Quelóidea) muchas veces engrosado en el proceso de rehabilitación.
- En casos muy poco frecuentes fractura del húmero

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos 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.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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).

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Implantación de Prótesis de Hombro

FL-CDM-94
Rev.04

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención 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 los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Implantación de Prótesis de Hombro.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Implantación de Prótesis de Hombro.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Implantación de Prótesis de Hombro** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)