

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Implantación de Prótesis de Cadera

FL-CDM-92

Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)**

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(Representante legal o familiar)****(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

El propósito principal de la intervención consiste en aliviar el dolor e intentar mejorar la función articular.

### EN QUE CONSISTE LA IMPLANTACION DE PROTESIS DE CADERA

La intervención consiste en la implantación de una prótesis construida con diversos materiales muy inertes (metálicos, cerámicos, plásticos, etc.), para mantener la movilidad de la articulación después de la extirpación de la cadera enferma. Se realiza con una instrumentación específica para tallar el hueso y poder recibir el implante. Esta técnica está muy sistematizada y se emplea desde hace más de 30 años. El sistema de fijación puede ser con o sin la utilización de cemento dependiendo de las circunstancias del paciente o del tipo de prótesis elegida.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### RIESGOS DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA

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, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- Hematoma superficial o profundo con formación de seroma, que con frecuencia drena por la herida quirúrgica.
- Infección superficial o profunda.
- Trombosis venosa profunda o tromboembolismo.
- Lesión de vasos o nervios adyacentes.
- Luxación de la prótesis.
- Cambios en la longitud de la pierna intervenida.
- Dolor residual en el muslo.
- Rigidez articular parcial.
- Aflojamiento y/o desgaste de los componentes que algunos casos precisan el recambio de la prótesis a largo plazo.
- Osificaciones periprotésicas.
- Fractura del hueso durante la intervención o posteriormente por traumatismo.
- Cojera por insuficiencia muscular o por otras causas.
- Menos frecuentemente pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, gastrointestinales, urológicas y de confusión mental post operatorias, sobre todo en enfermos de edad avanzada.

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

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) ortopédico y/o rehabilitador pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

### RIESGOS PERSONALIZADOS

---

#### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Osteotomías para alinear la pierna.

Artrodesis (fijación de la articulación, mediante injertos o tornillos para evitar el dolor).

Tratamiento conservador mediante rehabilitación, uso de bastones y pérdida de peso, para disminuir el dolor articular o en los casos en los que exista contraindicación quirúrgica.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Implantación de Prótesis de Cadera

FL-CDM-92

Rev. 03

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 nombre.

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 una **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE CADERA**, 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 y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCACION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_