



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE UNA ARTROPLASTIA DE HOMBRO.

DON/DOÑA:....., DE AÑOS DE EDAD, CON DOMICILIO EN

DECLARO

QUE EL DOCTOR/A: me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTENTE EN **ARTROPLASTIA DE HOMBRO**

1. El propósito principal de la intervención es aliviar el dolor e intentar mejorar la función articular.
2. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de Anestesiología.
3. La intervención consiste en sustituir la articulación enferma o fracturada y reemplazarla por una prótesis articular. Puede ser necesaria la utilización de cemento para fijar el o los componentes de la prótesis al hueso. Según el diagnóstico puede ser necesaria una artroplastia total (implantación de componentes protésicos humeral y glenoideo) o hemiarthroplastia (implantación solamente de componente humeral, como suele ocurrir en las fracturas complejas de la cabeza humeral).
4. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para una ARTROPLASTIA DE HOMBRO, pueden ser:
 - a. Fracturas del hueso huésped, durante la intervención o más tardíamente.
 - b. Infección de la herida quirúrgica.
 - c. Lesión de los vasos adyacentes. Si se afecta un gran vaso puede producirse una hemorragia masiva, lo que podría ocasionar incluso la muerte.
 - d. Lesión o afectación de los nervios adyacentes, lo que podría ocasionar trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
 - e. Enfermedad tromboembólica, que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar y muerte.
 - f. Complicaciones cutáneas (necrosis, etc).
 - g. Infección del implante, que puede obligar a la extracción de la prótesis si el tratamiento antibiótico fracasa.

- h. Luxación de la prótesis, que puede exigir su reducción e incluso recambio.
- i. Al implantar la prótesis pueden producirse variaciones en la longitud del humero, retroversión del cuello y cabeza humerales o equilibrado de los tejidos blandos, lo que puede originar limitación funcional del miembro.
- j. Aflojamiento de la prótesis o desgaste de la misma que puede implicar la necesidad de un recambio protésico, prácticamente siempre con un peor resultado clínico previsto respecto a la proteización inicial.
- k. Osificaciones de los tejidos que rodean a la prótesis que pueden causar dolor y/o limitar la movilidad de la misma.
- l. Rigidez articular.
- m. Pueden producirse complicaciones de tipo cardiopulmonar u otras con repercusión sobre el estado general del paciente así como confusión mental postoperatoria, sobre todo en enfermos de edad avanzada.
- n. Puede ser necesaria la transfusión de sangre.
- o. En ocasiones puede ser necesario un tratamiento de rehabilitación de larga duración para mejorar la movilidad y potencia muscular del paciente a pesar de un tratamiento quirúrgico correcto.

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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

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

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSISTENTE EN ARTROPLASTIA DE HOMBRO**

En

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE

REVOCACIÓN

DON/DOÑA:
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE : AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN Y DNI Nº

DON/DOÑA:
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE : AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN Y DNI Nº
EN CALIDAD DE(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O
ALLEGADO) DE :
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

Revoco el consentimiento prestado en fecha , y no deseo proseguir el tratamiento,
que doy con esta fecha por finalizado.

En(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE