

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) Complicaciones cutáneas (necrosis, etc.).
 - f) Infección del implante, que puede obligar a la extracción de la prótesis si el tratamiento antibiótico fracasa.
 - g) Luxación de la prótesis, que puede exigir su reducción e incluso recambio.
 - h) 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.
 - i) 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.
 - j) Osificaciones de los tejidos que rodean a la prótesis que pueden causar dolor y/o limitar la movilidad de la misma.
 - k) Rigidez articular.
 - l) 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.
 - m) Puede ser necesaria la transfusión de sangre.
 - n) 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.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas 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 me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente la.....

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a procedimiento de.....

Enade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE