



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**MORBIMORTALIDAD EN SENILES POSOPERADOS DE
ARTROPLASTÍA DE CADERA
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2019-
2020**

**PRESENTADO POR
JULIÁN JARAMILLO WONG**

**ASESOR
GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMENEZ**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGÍA**

**LIMA- PERÚ
2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**MORBIMORTALIDAD EN SENILES POSOPERADOS DE
ARTROPLASTÍA DE CADERA
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
2019-2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGÍA**

**PRESENTADO POR
JULIÁN JARAMILLO WONG**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMENEZ**

**LIMA, PERÚ
2022**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	5
2.3 Definiciones de términos básicos	10
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	11
3.2 Variables y su operacionalización	11
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	12
4.2 Diseño muestral	12
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	13
4.4 Procesamiento y análisis de datos	13
4.5 Aspectos éticos	13
CRONOGRAMA	14
PRESUPUESTO	15
FUENTES DE INFORMACIÓN	16
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Los pos operados seniles de artroplastia de cadera ven afectados sus índices de morbimortalidad por varios factores que repercuten en su salud previo a la intervención quirúrgica, en el transoperatorio, como en el pos operatorio.

Las patologías que trae consigo el paciente de manera crónica, el estrés quirúrgico y/o complicaciones que pueden presentarse en el trans operatorio como sus consecuencias que se presentan en el post operatorio conllevar a una inestabilidad hemodinámica, un proceso inflamatorio y/o infeccioso en el lecho quirúrgico y descompensación de sus comorbilidades pueden alterar la convalecencia y que podrían llevarlo a su deceso.

De no considerarse los factores que pueden alterar la evolución favorable de los pos operados seniles de artroplastia de cadera y no tomar medidas preventivas y/o correctivas en el pre operatorio, trans operatorio como en la recuperación inmediata los índices de morbilidad seguirán incrementándose contribuyendo negativamente a la tasa de éxito de una cirugía ampliamente desarrollada y frecuente en este grupo etario y que constituye un problema de salud pública.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la morbilidad y la mortalidad de los pacientes seniles después de una artroplastia de cadera?

1.3. Objetivos

Objetivos generales

Explicar los factores que influyen en la morbilidad y mortalidad de los pacientes ancianos sometidos a una artroplastia de cadera.

Objetivos específicos

Describir cómo las enfermedades concomitantes influyen en las tasas de morbimortalidad del pos operado senil de artroplastia de cadera.

1.4. Justificación

Conociendo cómo la morbilidad y la mortalidad se ven afectados por diversos factores en ancianos pos operados de prótesis de cadera, podremos prevenir las complicaciones en este grupo etario y tener una convalecencia exitosa, llevando a dichos pacientes a una calidad de vida óptima, evitar interurrencias propias de dicho acto quirúrgico y disminuir la mortalidad de éstos.

1.5. Viabilidad y factibilidad

El presente proyecto de investigación es viable pues el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins concede el permiso institucional a los estudios de este tipo de investigación.

Es factible realizar este proyecto de investigación porque cuento con los recursos, el tiempo y la logística para su desarrollo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La morbimortalidad de los ancianos que han sido operados de prótesis de cadera se ve incrementada por la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. (1)

El pronóstico funcional (4) de los pacientes sometidos a cirugía de cadera se ve deteriorada cuando éstos representan al grupo etario senil tras presentar comorbilidades que influyen en la mortalidad durante la convalecencia.

Enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y patología tiroidea predisponen a complicaciones en los operados de prótesis de cadera como infecciones, trastornos en la consolidación ósea y neumopatías agudas (2) por lo que deben ser tratados óptimamente y estabilizados durante el preoperatorio para evitarse descompensaciones en la recuperación pos quirúrgica.

2.2. Bases teóricas

La cirugía de prótesis de cadera, también llamada artroplastia de cadera, es aquel procedimiento quirúrgico que consiste en la reconstrucción de la articulación coxo femoral usándose un dispositivo que hace las veces de ella misma, pudiendo ser una reconstrucción parcial o una total (5)

La artroplastia de cadera se realiza más en los adultos, y entre éstos con más frecuencia en la edad senil por encima de los 65 años de edad, justamente una edad donde la persona presenta casi siempre enfermedades concomitantes o comorbilidades que hacen de esta cirugía con mayor riesgo de morbimortalidad.

(1) Su incidencia en la población geriátrica es alta, con una incidencia de 517 por cada 100 000 habitantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha

estimado que para el año 2050, un total de seis millones de fracturas de cadera ocurrirán en el mundo entero por año.

El tipo de lesión que se presenta para llevar a realizar una artroplastia de cadera está relacionada con la edad del paciente y con la energía que implica dicha lesión, por ejemplo, en el paciente senil la lesión suele darse por una caída de baja energía, a diferencia de los jóvenes en el que el traumatismo se da por un mecanismo de alta energía.

La artroplastia de cadera es planificada y efectivizada en pacientes seniles cuando dicha articulación se ve dañada por una enfermedad degenerativa propia de la edad o cuando hubo de por medio una fractura de ella que debe ser tratada quirúrgicamente. (2) Ya en un estudio de Aitken en 1984 se sostuvo que la caída es la causa principal de la fractura de cadera y que la osteoporosis asociada al paciente determina el tipo de fractura que se presente.

También está establecido que el riesgo de caídas y la subsiguiente fractura de la cadera está incrementada con la edad del paciente; la frecuencia se incrementa incluso al doble entre los 65 y los 85 años de edad, aumentando sin embargo ese riesgo de fractura cerca de cien veces en ese mismo tiempo; aunque sólo el 2% de las caídas en los pacientes seniles llevan a una fractura de cadera, las caídas laterales con el golpe sobre el trocánter tienen mucho más riesgo de resultar en fractura de cadera incrementándose hasta en 10 veces ese riesgo de fractura.(1)

La morbimortalidad de la cirugía de artroplastia de cadera en el paciente senil está relacionada con factores propios del paciente, enfermedades concomitantes crónicas de las que sufre, así como factores del mismo acto quirúrgico y de la recuperación post operatoria. (3)

(5) Existen asimismo factores que predicen la capacidad de recuperación de la caminata en los post operados de artroplastia de cadera, lo cual se relaciona con la mayor o menor morbimortalidad que puedan tener; entre estos factores se encuentran:

(5) Antecedentes patológicos:

Anemia.
Hipertensión arterial
Diabetes mellitus tipo 2
Hipotiroidismo
Enfermedad renal crónica terminal
Osteoporosis
Enfermedad de Parkinson
Artritis reumatoidea

Tipos de fracturas:

Intertrocantérica
Subtrocantérica.
Transcervical.
Subcapital.

Técnica quirúrgica:

Prótesis parcial.
Prótesis total.

Tipo de anestesia:

General.
Regional.

Estancia hospitalaria.

Edad del paciente.

(1) Estudios de países como Inglaterra y Estados Unidos refieren que el aumento de fracturas de cadera no solo son explicados por el aumento del grupo etario senil por encima de 65 años de edad sino por ciertos cambios en el sistema neuromuscular que en ellos se presentan y que condicionan mayor riesgo de fractura según se puede apreciar un aumento de la edad en estos pacientes la velocidad de la marcha también disminuye, la pérdida de equilibrio es frecuente en ellos y por tanto ante una caída ellos simplemente tienden a caerse de lado sobre la cadera y fracturársela.

Muchas de las enfermedades concomitantes que tienen los pacientes seniles con el envejecimiento y el deterioro general de su salud tienen relación con el riesgo de fractura de cadera; así pues, se ven también relacionados a ésta los estados confesionales que tienen, la pérdida de la capacidad psicomotora y la pérdida de la visión.

El paciente senil que casi siempre usa medicación continua y de manera horaria, se ve afectado por ello predisponiéndolo a caídas y fracturas de cadera, por ejemplo, el uso de antihipertensivos y sedantes inhiben la respuesta de protección, mientras que los corticoides, laxantes, anticonvulsivantes disminuyen la masa ósea o producen atrofia muscular. Así mismo el peso del paciente puede predisponer a una fractura de cadera, a menor peso o menor índice de masa corporal aumentaba la posibilidad de sufrir fracturas de cadera.

(1)

Conocer los antecedentes patológicos del paciente determinan conocer factores de riesgo que pueden hacer variar la morbimortalidad en el post operatorio, de esta forma un paciente con anemia, de no optimizarse pre operatoriamente podría tener más riesgo de isquemia de miocardio o cerebral al verse disminuida una adecuada irrigación de dichos órganos; una hipertensión arterial y más aún una no controlada adecuadamente predispone a crisis hipertensiva en el transoperatorio que asimismo puede ocasionar infartos de miocardio, arritmias cardíacas y parada cardíaca en el post operatorio inmediato estando el paciente en el servicio de recuperación anestésica. La diabetes mellitus tipo 2 en el paciente senil predispone a infecciones de herida operatoria, inadecuada

cicatrización y complicaciones mecánicas de las prótesis de cadera entre otras.

(1) El hipotiroidismo de por sí ya genera trastornos metabólicos que alteran la adecuada estructura ósea y con ello fallas de aflojamiento o fracturas peri protésicas en un paciente senil operado de artroplastia de cadera. La enfermedad renal crónica terminal sea con hemodiálisis o sin hemodiálisis va a afectar el metabolismo y el medio interno del paciente haciéndolos más frágiles estructuralmente hablando del tejido óseo con las subsiguientes complicaciones mecánicas de las prótesis de cadera, aunado a ello la anemia persé que traen consigo y los trastornos de coagulación por los efectos de los anticoagulantes que usan en las hemodiálisis. La osteoporosis es una entidad clínica que ya trae consigo un compromiso de la masa ósea del paciente tanto en la cantidad de ésta que se ve disminuida e indirectamente en la calidad propiciando no solamente las fracturas a eventos de determinada energía, sino también a fracturas por fragilidad y a convalecencias más prolongadas. La enfermedad de Parkinson, así como desórdenes cerebrovasculares previos, parálisis o debilidad que condicionan una pérdida de la capacidad psicomotora pueden predisponer a complicaciones mecánicas de las prótesis de cadera, como aflojamientos y luxaciones aumentando la morbilidad en el post operatorio de ellos. La artritis reumatoidea por si misma al afectar las estructuras óseas entre otros órganos predisponen a fallas mecánicas de las prótesis sea parcial o total.

De otro lado el tiempo preoperatorio que espera el paciente antes de operarse condiciona una mayor morbimortalidad de manera directamente proporcional, al verse asociado en ésta con complicaciones médicas, en su mayoría de veces con neumonía, infecciones urinarias y úlceras de presión.

Por tanto, debemos mencionar que la edad del paciente, el número de co enfermedades, el tipo de fractura y el estado funcional previo son condicionantes para la mayor o menor morbimortalidad del paciente que se opera de una prótesis de cadera, así como factores predictores de recuperación de la capacidad de caminar.

Las fracturas (4) del extremo proximal del fémur que determinan la colocación de una prótesis parcial o una total de cadera son frecuentes en pacientes seniles

con osteoporosis y comprometen la irrigación de la cabeza femoral, por ello es importante citar la Clasificación de las fracturas que pueden ser tratadas o no con un reemplazo articular protésico, esta clasifica las fracturas del fémur proximal en tres grupos:

Tipo 31.A. fracturas trocantéricas extracapsulares

Tipo 31.B. fracturas intracapsulares del cuello del fémur.

Tipo 31.C. fracturas intracapsulares de la cabeza femoral. Son graves por comprometer la irrigación de la cabeza femoral que produce necrosis de cabeza femoral y pseudoartrosis.

2.3. Definiciones de términos básicos

Artroplastia: Reemplazo articular. (1)

Anticonvulsivantes: Referido a fármacos para las convulsiones (5)

Coxo femoral: Articulación del hueso coxal y el fémur (5)

Comorbilidades: Enfermedades concomitantes (1)

Corticoides: Fármacos con efecto antiinflamatorio (5)

Extracapsulares: Fuera de la cápsula articular (1).

Fémur: Hueso largo del miembro inferior (1)

Fractura: Pérdida de continuidad en estructura ósea (2)

Intracapsulares: Por dentro de la cápsula articular (1)

Peri protésica: Colindante a una prótesis (1)

Prótesis: Dispositivo biológico o sintético de reemplazo (1)

Senil: Referido al grupo etario mayor de 65 años de edad (4)

Trocánter: Protuberancia a nivel de fémur proximal (2)

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Al ser un proyecto descriptivo no requiere de planteamientos de hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización.

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicación	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Diabetes mellitus	Incremento de la glicemia	Cuantitativa	Dosaje sérico de glucosa	Ordinal	Normal:90 a 120 mg/dl Hiperglicemia >121	Historia clínica
HTA	Incremento de la presión arterial	Cuantitativo	Presión arterial en mm Hg	Ordinal	Normal:90 -120/60-90 HTA>140/90mmHg	Historia clínica
Tipo de anestesia	Anestesia general o regional empleada	Cualitativo	Fármacos empleados para anestesiarse al paciente	Ordinal	Inhalatorio o raquídea	Reporte operatorio
Edad	Tiempo de vida desde su nacimiento	Cuantitativo	Años	Razón Ordinal	1 a 110 Senil: 65 o mas	DNI DNI
Tiempo quirúrgico	Tiempo de duración de cirugía	Cuantitativo	Minutos	Ordinal	Normal: 2 -3 horas.	Reporte operatorio
Hemorragia	Sangrado intraoperatoria	Cuantitativa	Mililitros	Ordinal	Normal: 200-500	Reporte operatorio

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

El tipo de investigación presentado según el enfoque es de tipo de estudio cualitativo porque permite describir, explicar las variables de estudio mas no comparaciones con otros contextos.

Según la intervención del investigador es observacional porque se recolectará información y datos sin intervenir en la terapéutica empleada. Según el alcance es descriptivo porque especificaré propiedades y características de conceptos, básicamente sobre la morbilidad y la mortalidad en los ancianos pos operatorios que cursaron con complicaciones por tener comorbilidades crónicas.

Transversal porque la recolección de los datos los tomaré por única vez.

Según el momento de recolección de datos el tipo es un estudio retrospectivo porque los datos son referidos a la fecha del mes de octubre del 2019 a marzo del 2020.

4.2 Diseño muestral

Población universo

La población está constituida por los pacientes del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud que fueron sometidos a intervención quirúrgica de artroplastia de cadera.

Población de estudio

Pacientes mayores de 65 años de edad del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud que fueron sometidos a intervención quirúrgica de artroplastia de cadera del mes de octubre del 2019 a marzo del 2020.

Tamaño de muestra

La cantidad de pacientes que se consideraran como población de muestra son de 100 pacientes mayores de 65 años de edad del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud que fueron sometidos a intervención quirúrgica de artroplastia de cadera del mes de octubre del 2019 a marzo del 2020.

Muestreo o selección de la muestra

Se hará uso de la estadística de los pacientes seniles intervenidos de artroplastia de cadera en el período del mes de octubre del 2019 a marzo del

2020 del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Se recolectará los datos de los pacientes mayores a 65 años que entre octubre del 2019 y marzo del 2020 fueron intervenidos quirúrgicamente de artroplastia de cadera y que cursaron con complicaciones que incrementaron su estadía y que incluso fallecieron.

La recolección de datos se hará directamente del sistema estadístico del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud vaciando dichos datos a un formato de recolección de datos elaborado para el presente trabajo donde se especifica las variables empleadas y su operacionalización, precisándose las comorbilidades del paciente, complicaciones, tiempo de hospitalización (fecha de ingreso, fecha del alta médica o de fallecimiento).

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Este procesamiento se hará partiéndose de la premisa que la estadía normal en el pos operatorio de dichos pacientes es de 3 a 4 días, por lo que de 5 a más días deberá considerarse incremento de la morbilidad, precisando qué **enfermedades crónicas** tiene consigo.

Para darle significancia a los resultados que se obtengan se analizarán los datos empleándose la prueba estadística chi cuadrado.

4.5 Aspectos éticos

La ética en todo proceso de atención médica está inmersa no solamente en el manejo de la información de los pacientes sino también en la atención directa con ellos, por tal motivo y sin excepción alguna se considera que conociendo el impacto de nuestro estudio para el mejoramiento de la atención de nuestros asegurados mantendremos el anonimato de los pacientes cuando hagamos de ellos parte de nuestro trabajo de investigación y corroboraremos el empleo del consentimiento informado para el acto quirúrgico; la descripción de las conclusiones de nuestro trabajo irá evocado a una mayor prevención en futuro de dichos procedimientos quirúrgicos, optimización del cuadro clínico en el pre operatorio y un feed back con el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico para la optimización del manejo conjunto en el trans operatorio.

CRONOGRAMA

PASOS	2020									
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMB R E	OCTUBRE	NOVIEMB R E	DICIEMB R E
Redacción final del proyecto de investigación										
Aprobación del proyecto de investigación						X				
Recolección de datos									X	X
Procesamiento y análisis de datos										X
Elaboración del informe										X
Correcciones del trabajo de investigación							X	X	X	X
Aprobación del trabajo de investigación										X
Publicación del artículo científico										X

PRESUPUESTO

En la ejecución e implementación de los recursos financieros del presente trabajo de investigación son de financiamiento exclusivo del investigador, y es como a continuación se señala:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	500.00
Internet	300.00
Impresiones	100.00
Logística	300.00
Traslados	1500.00
TOTAL	2700.00

FUENTES DE INFORMACION

- (1) Canale T, Beaty J. Cirugía Ortopédica de Campbell. Edición 2013. España: Elseiver, Vol nº 1; 2013
- (2) Bucholz R, Heckman J, Rockwood & Green's. Fracturas en el adulto. 5ta Edición. España: Marban. Vol nº 3; 2003
- (3) White T, Mackenzie S, Gray A. McRae. Traumatología. Tratamiento de las fracturas en urgencias. 3era Edición. España: Elseiver; 2016
- (4) Sandoval J. Guía Ortopedia y Traumatología. Perú; 2019
- (5) Palomino L, Ramírez. R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. Acta Médica 2016: 33(1):15-20

ANEXOS

Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos general	Hipótesis generales	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
MORBIMORTALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POSOPERARIOS DE ARTOPLASTIA DE CADERA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIA MARTINS 2019-2020	Cuál es la morbilidad y la mortalidad de los pacientes seniles después de una artroplastia de cadera.	Explicar los factores que influyen en la morbilidad y mortalidad de los pacientes ancianos sometidos a una artroplastia de cadera.	No aplica	El tipo de investigación presentado según el enfoque es de tipo un estudio cualitativo porque permite describir, explicar las variables de estudio mas no comparaciones con otros	Pacientes mayores de 65 años de edad del Departamento de Ortopedia y Traumatología del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins – EsSalud que fueron sometidos a intervención quirúrgica de	Pacientes es de 3 a 4 días, por lo que de 5 a más días deberá considerarse incremento de la morbilidad, precisando qué enfermedades crónicas tiene consigo. Los resultados que se obtengan se analizarán los datos empleándose la prueba estadística chi cuadrado.

		Objetivos específicos Describir cómo las enfermedades concomitantes influyen en las tasas de morbilidad de los posoperados seniles de artroplastia de cadera	Hipótesis específica No aplica	contextos. Es observacional-retrospectivo.	artroplastia de cadera del mes de octubre del 2019 a marzo del 2020.	
--	--	--	--	---	--	--

Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS INTEGRAL DE PACIENTES
SENILES POS OPERADOS DE ARTOPLASTIA DE CADERA DE
OCTUBRE DEL 2019 A MARZO DE 2020 DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

NOMBRE	EDAD	SEXO	HTA	DM2	TIPO ANESTESIA	TIEMPO QX	HEMORRAGIA	MORTALIDAD

Tabla de codificación de datos

Variable	Categorías	Código para base de datos
Diabetes mellitus	Normal:90 a 120 mg/dl Hiperglicemia >121	10
HTA	Normal:90 -120/60-90 HTA>140/90mmHg	15
Tipo de anestesia	Inhalatorio o raquídea	20
Edad	1 a100 Senil: 65 o mas Senil: 65 o mas	60 a mas
Tiempo quirúrgico	Normal: 2 -3 horas	10
Hemorragia	Normal: 2 -3 horas	5

Consentimiento informado para cirugía u otros procedimientos médicos



HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA U OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Yo, _____, identificado(a) con D.N.I. / Pasaporte /
Carné de las FF. AA. / Carné de Extranjería N°: _____, en mi condición de paciente (padre, madre,
representante legal del (de la) paciente _____

con Historia Clínica N° _____, autorizo al (los) médico(s):

Dr.(a): _____

y Dr.(a): _____ a practicar el procedimiento médico quirúrgico siguiente:

Que consiste en: _____

- 1.- Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos o consecuencias potenciales razonablemente previsibles del *procedimiento médico-quirúrgico propuesto* y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
- 2.- También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.
- 3.- También yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico-quirúrgico hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardíaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas / y/o medicamentos, dolor e incomodidad; ó imprevistos de otra naturaleza.
- 4.- También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
- 5.- También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico pueden concurrir *condiciones inesperadas* y que a juicio del (de los) médico(s), debería realizarse una extensión o modificación al procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizo a no retardar o detener el (los) procedimiento(s) complementario(s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
- 6.- Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido(a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica; porque también entiendo que los hospitales de EsSalud como este, según nivel de atención, son instituciones docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico-quirúrgico al que seré(a) sometido(a) mi representado(a); he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha : día _____, mes _____, año _____, Hora: _____ A.M. / P.M.
Firma del Paciente / Padre / Madre / Representante Legal con D.N.I. / Pasaporte / Carné de FF. AA. /
Carné de Extranjería N° : _____; que autoriza el procedimiento
médico-quirúrgico.

Observaciones: _____