



Consentimiento Informado para
Cirugía de Luxación Recidivante-
Inestabilidades

Consentimiento Informado para Cirugía de Luxación Recidivante-Inestabilidades

Consentimiento Informado para Cirugía de Luxación Recidivante-Inestabilidades

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de: **LUXACIÓN RECIDIVANTE-INESTABILIDADES.**

HOMBRO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende evitar las luxaciones recidivantes del hombro, subluxaciones de hombro y las molestias secundarias a micro inestabilidad hombro.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

La intervención consiste en practicar incisión de piel sobre la articulación del hombro a través de la cual se exponen los elementos anatómicos del hombro, luego se procede a la reparación de la anatomía patológica capsulo ligamentosa del hombro con técnicas abiertas, seccionando tendón subescapular y cápsula articular por la zona anterior del hombro. También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Posteriormente se requerirá una rehabilitación específica de hombro y de controles estrictos y seriados con su cirujano.

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:**

- Re-luxación a pesar del tratamiento quirúrgico.
- Hombro Congelado secundario a cirugía.
- Infiltración de los tejidos con suero de irrigación que produce hinchazón alrededor del hombro.
- Hematoma o hemorragia por afectación de un gran vaso, que puede presentarse durante o después de la operación.
- Lesión o afectación de un tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo.
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar.
- Es inherente a la intervención la limitación de la rotación externa del brazo.
- Aflojamiento y reacciones adversas al anclaje óseo utilizado.
- Infección de herida operatoria.
- Cicatriz queloidea (Hipertrófica) de las incisiones. El proceso de rehabilitación engruesa habitualmente las cicatrices.

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.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento

Abierto de la inestabilidad y que las alternativas terapéuticas son:

- Cirugía Artroscópica, cuando los episodios de luxación no han sido más de cuatro.
- Rehabilitación como tratamiento conservador.

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 entiendo que, en cualquier momento 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 el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

LUXACIÓN RECIDIVANTE-INESTABILIDADES.

HOMBRO Derecho
 Izquierdo

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).