



Consentimiento Informado para
Reparación Artroscópica Manguito
Rotador- Acromioplastia en
Tendinopatía

Consentimiento Informado para Reparación Artroscópica Manguito Rotador- Acromioplastia en Tendinopatía

Consentimiento Informado para Reparación Artroscópica Manguito Rotador-Acromioplastia en Tendinopatía

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
ARTROSCOPIA DE DESGARRO MANGUITO ROTADOR - TENDINOPATIA CRÓNICA.

HOMBRO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende evitar principalmente el dolor de hombro, secundariamente recuperar la movilidad del hombro, y en la mejor de las situaciones recuperar la fuerza del 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 disminuir la fricción que se produce en el espacio subacromial con el choque de las partes óseas (acromion, clavícula) contra el manguito rotador, durante los movimientos del hombro. Para ello se procede a efectuar dos incisiones mínimas en la piel a través de las cuales se introduce el artroscopio y la fuente de luz. A través del artroscopio se pretende disminuir el grosor óseo, aumentando así el espacio entre las estructuras, cuando exista esta estrechez.

El paso fundamental de la cirugía es la sutura del desgarro manguito rotador cuyo cierre total es variable y dependiente a cada situación anatómica del paciente. 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, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) **y los específicos del procedimiento:**

- Persistencia del dolor, en menor porcentaje al preoperatorio.
- Persistencia del dolor, en menor porcentaje al preoperatorio.
- Rigidez parcial hombro residual, siempre menor a la preoperatorio.
- 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 Infección superficial o profunda.
- 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.
- Aflojamiento y reacciones adversas al anclaje óseo utilizado.

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 como:

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

Tendinopatía-desgarro manguito rotador, **y que las alternativas terapéuticas son:**

- Cirugía Abierta.
- 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:

ARTROSCOPIA DE DESGARRO MANGUITO ROTADOR - TENDINOPATIA CRÓNICA.

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).