



Consentimiento Informado para el
Tratamiento Quirúrgico de Esguince
Grave

Consentimiento Informado para el Tratamiento Quirúrgico de Esguince Grave

Consentimiento Informado para el Tratamiento Quirúrgico de Esguince Grave

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 del
ESGUINCE GRAVE.

PIE /TOBILLO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende reparar la lesión cápsulo- ligamentosa por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de sutura, hasta que se logre la cicatrización de ella.

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 quirúrgica consiste en efectuar una o varias incisiones en la piel, a través de las cuales se accede a la parte lesionada. Se efectúa aseo de ella, retirando tejido desvitalizado para proceder a reparar cápsulas y ligamentos comprometidos, por medio de suturas, las que se reabsorben solas en forma lenta, mientras la lesión cicatriza. El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica de reparación en caso de no obtener buenos resultados en la cirugía planificada (reparación con hueso-tendón-hueso o injertos tomados de otro sitio) por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

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:

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Flebitis. Hematoma. Erosiones cutáneas, Yeso compresivo, Dolor prolongado en la zona de la lesión, Pérdida de fuerza muscular en el área, Disminución de movilidad articular, Cicatriz hipertrófica.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Síndrome compartimental, Distrofia simpático refleja, Osteomielitis o artritis infecciosa. Retardo de consolidación. Pseudoartrosis. Rigidez articular, Calcificaciones en tejidos cercanos, Necrosis cutánea. Trombosis venosa. Lesión neurovascular. Rotura, aflojamiento o infección del implante.
- **Poco frecuentes y graves.** Embolia pulmonar, Embolia grasa, Shock hipovolémico.
- 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.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como las antes descritas.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico del esguince ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos secuelares funcionales.



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

CONSENTIMIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **ESGUINCE GRAVE.**

PIE /TOBILLO 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).