



Consentimiento Informado Para La  
Ruptura Del Tendón De Aquiles

## **Consentimiento Informado Para La Ruptura Del Tendón De Aquiles**

## Consentimiento informado para la Ruptura del Tendón de Aquiles

---

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 la  
**RUPTURA DEL TENDON DE AQUILES.**

**EXTREMIDAD, LADO:**.....

## INFORMACIÓN

El objetivo de la intervención es recuperar la integridad anatómica del tendón de Aquiles lesionado. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el médico anesthesiólogo.

Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesario el uso de sangre y/o hemoderivados.

La cirugía consiste en la reparación del tendón lesionado para conseguir el correcto funcionamiento del tobillo y pie. Esto se logra suturando el tendón con material no reabsorbible y manteniéndolo inmovilizado con bota de yeso por un periodo de 6 a 8 semanas.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un 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.

- Hematoma, infección o dehiscencia de la herida operatoria.
- Flebitis o tromboflebitis, que puede dar lugar a tromboembolismo pulmonar.
- Rigidez articular y pérdida de la movilidad del músculo por cicatriz interna.
- Hemorragia por lesión de un vaso sanguíneo menor o mayor.
- En caso de usarse injerto, distensión o reabsorción de éste con recidiva de la alteración inicial.
- Lesión de nervios adyacentes, que podrían ocasionar trastornos sensitivos y/o motores permanentes.
- Problemas vasculo-nerviosos derivados del uso del manguito de isquemia.
- No obtención de una reparación adecuada

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédico y/o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

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 mencionadas.



El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico, ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas son menos efectivas y tienen un porcentaje más elevado de re-ruptura del tendón.

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:

**RUPTURA DEL TENDON DE AQUILES.**

**EXTREMIDAD, LADO:**.....

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).