

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### OBJETIVO

- Se me ha informado que mediante este procedimiento se pretende reconstruir la articulación acromioclavicular, la cual se ha luxado generando dolor y limitación funcional, producto de un traumatismo.

### PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que la intervención quirúrgica se realiza con el paciente ligeramente semisentado.
- Se efectúa una incisión longitudinal en la cara superior de hombro sobre la articulación acromioclavicular.
- Se lleva a cabo la reducción articular (se coloca ambos componentes óseos a la misma altura) y luego se fija la clavícula a la apófisis coracoide con un tornillo metálico.
- Finalmente se suturan los ligamentos coracoclaviculares.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la luxación acromioclavicular y que las alternativas son Manejo conservador ortopédico

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- 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 otros específicos del procedimiento, que pueden ser: 1. Infección herida operatoria. 2. Aflojamiento del tornillo de fijación coracoclavicular. 3. Reluxación acromioclavicular. 4. Hematomas. 5. Lesión neurológica de algún tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo. 6. Dolor residual. 7. Rigidez parcial de hombro. 8. Cicatriz hipertrofica (Queloides). 9. Artrosis acromioclavicular.
- 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, y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....

### REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente .....)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....