

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MANGUITO ROTADOR - ACROMIOPLASTÍA EN TENDINOPATÍA

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 evitar principalmente el dolor de hombro, secundariamente recuperar la movilidad del hombro, y en la mejor de las situaciones recuperar la fuerza del hombro.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que la intervención consiste en una incisión de piel sobre la articulación del hombro hasta exponer el espacio subacromial.
- Luego se procede a disminuir la fricción que se produce en ese espacio con el choque de las partes óseas (acromion-clavícula) contra el manguito rotador, durante los movimientos del hombro.
- Para ello se procede a 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 desgarramiento del manguito rotador cuyo cierre total es variable y dependiente a cada situación anatómica del paciente.
- Posteriormente se requerirá una rehabilitación específica de hombro y de controles estrictos y seriados con su cirujano.
- 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 Abierto de la Tendinopatía-desgarro manguito rotador, y que las alternativas terapéuticas son:
 - Cirugía Artroscópica a través de mini incisiones y visión por endoscopia
 - Rehabilitación como tratamiento conservador.

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. Persistencia del dolor, en menor porcentaje al preoperatorio. 2. Rigidez parcial hombro residual, siempre menor a la preoperatorio. 3. Hombro Congelado secundario a cirugía. 4. Re-rotura del mango rotador que puede llegar hasta el 50% en los casos de rotura masiva previa. 5. Infiltración de los tejidos con suero de irrigación que produce hinchazón alrededor del hombro. 6. Hematoma o hemorragia por afectación de un gran vaso, que puede presentarse durante o después de la operación. 7. Infección superficial p profunda. 8. Fistula Sinovial. 9. Lesión o afectación de un tronco

- nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo. 10. Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar. 11. Aflojamiento y reacciones adversas al anclaje óseo utilizado. 12. Cicatriz queloidea o engrosada, que habitualmente se exacerba con la rehabilitación prolongada.
- 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.

DECLARACION 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