

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## INESTABILIDAD DE HOMBRO



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La intervención consiste en el acortamiento y/o transposición de las estructuras capsulares, tendinosas, osteotendinosas y/o musculares de la cara anterior de la articulación. Para tal fin pueden ser utilizados hilos de sutura, elementos metálicos o reabsorbibles que ayuden a la fijación de las estructuras. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica programada. En ocasiones esta estabilidad se conseguirá limitando la rotación externa del brazo.

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El propósito de la intervención es lograr la mayor estabilidad de la articulación para evitar luxaciones recidivantes.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

El tratamiento de esta lesión es fundamentalmente quirúrgico, no siendo esperable la curación mediante métodos conservadores. La realización de la intervención producirá la estabilización de las estructuras del hombro y por lo tanto desaparecerán las luxaciones.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Es caso de no realizar la cirugía es de esperar la a corto plazo, la persistencia del dolor, incapacidad para ciertas actividades por debilidad muscular, limitación de la movilidad, y sensación de inestabilidad. A largo plazo se pueden producir fenómenos degenerativos.

### RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables: Infección a nivel de la herida quirúrgica, re-luxación a pesar de la cirugía, aflojamiento de material utilizado, fractura del hueso que se manipule, o rigidez articular.

### RIESGOS POCO FRECUENTES

Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Lesión de un tronco nervioso, hemorragia masiva, tromboflebitis, embolismo pulmonar y muerte.

### RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## INESTABILIDAD DE HOMBRO

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA POR INESTABILIDAD DE HOMBRO**  
EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **CIRUGÍA POR INESTABILIDAD DE HOMBRO**  
EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO ..... FIRMA Y SELLO MÉDICO