



SANATORIO  
OTAMENDI

# CONSENTIMIENTO INFORMADO ARTROSCOPIA DE HOMBRO (FRICCION SUBACROMIAL)

Fecha de ingreso

Yo, ....., DNI ..... autorizo al Dr.  
..... y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados,  
a efectuar en mi persona los siguientes procedimientos: .....

La cirugía de hombro para esta patología consiste en disminuir la fricción que se produce en el espacio subacromial, y subacoracoideo entre las partes óseas (acromion, clavícula y coracoides) contra el manguito de los rotadores y el tendón del bíceps durante los movimientos del hombro. Para ello se procede a disminuir el grosor óseo, aumentando así el espacio entre las estructuras citadas. Por el choque de los elementos anatómicos antes mencionados, puede producirse una rotura del manguito de los rotadores (principalmente del tendón del supraespinoso). De presentarse este caso se realizará una sutura tendinosa utilizando para ello pequeños implantes (de metal o biodegradables) que se insertan en la cabeza del húmero y en cantidad variable. El procedimiento puede realizarse por artroscopía o a cielo abierto.

Como alternativa al procedimiento indicado podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, realizar infiltraciones con corticoides, efectuar reposo relativo de la articulación o realizar fisiokinesioterapia.

Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente lleva implícitas una serie de posibles complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.
- Persistencia del dolor
- Hematoma o hemorragia por afectación de un gran vaso, que puede presentarse durante o después de la operación que pueden llegar hasta la amputación del miembro.
- Lesión o afectación de un tronco nervioso con la consiguiente parálisis (permanente o transitoria) o trastorno sensitivo.
- Infección de las heridas operatorias o de la articulación.
- Fracaso de la sutura de los tendones, que puede hacer necesaria una nueva intervención.
- Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
- Distrofia simpático-refleja.
- Síndrome compartimental.
- Fallos y roturas del material empleado.
- Trombosis venosas y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....

.....  
.....  
.....

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes.



SANATORIO OTAMENDI  
MIROLI S.A.

Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa: .....

\_\_\_\_\_  
Firma del acompañante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

#### REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, ..... revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

**Firma y sello del Médico**