

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR

Fecha de obtención del consentimiento informado: ____/____/____

NOMBRE DEL PACIENTE y RUT:

(Nombre y dos apellidos) RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO y RUT:

Dr. Frank Dawson García RUT: 8711076-1

Descripción del Procedimiento

Se le ha diagnosticado una lesión en el **manguito rotador**, que es un grupo de tendones y músculos que estabilizan y permiten el movimiento del hombro. La cirugía propuesta consiste en reparar los tendones rotos o dañados del manguito rotador para restaurar la función y reducir el dolor en su hombro.

Objetivo del Procedimiento

El propósito de esta cirugía es aliviar el dolor y restaurar la función normal del hombro, mejorando la movilidad y la fuerza. La cirugía también busca prevenir la progresión del daño en el hombro y reducir el riesgo de futuras complicaciones.

Alternativas al Procedimiento

Existen alternativas a la cirugía que pueden incluir:

- **Terapia física:** Un programa de ejercicios específicos puede mejorar la movilidad y la fuerza del hombro, aunque no garantiza la reparación de la lesión.
- **Medicamentos:** Antiinflamatorios o analgésicos para controlar el dolor y la inflamación.
- **Inyecciones de corticoides:** Para reducir temporalmente la inflamación y el dolor, pero podrían contribuir al deterioro del tendón.

Estas alternativas pueden no resolver completamente el problema, pero pueden proporcionar alivio en algunos casos.

Riesgos y Complicaciones

Como en cualquier cirugía, existen riesgos que deben considerarse:

- **Infección:** Aunque poco frecuente, una infección puede ocurrir en el sitio de la cirugía, lo que puede requerir tratamiento con antibióticos o una cirugía adicional.
- **Lesión de nervios o vasos sanguíneos:** Existe el riesgo de que se dañen estructuras cercanas al área de la cirugía, lo que podría causar pérdida de sensibilidad o debilidad.
- **Rigidez articular:** Después de la cirugía, es posible que experimente rigidez en el hombro, lo que podría requerir terapia física prolongada.

- **Falla en la reparación:** En algunos casos, los tendones reparados pueden no sanar adecuadamente o volver a romperse, lo que podría requerir una nueva intervención quirúrgica, especialmente si la recuperación no se sigue de manera adecuada o si hay daño estructural previo severo.
- **Dolor persistente:** Aunque el objetivo de la cirugía es aliviar el dolor, existe la posibilidad de que algunos pacientes continúen sintiendo molestias después de la intervención.
- **Formación de coágulos sanguíneos:** Aunque menos frecuente en cirugía de hombro que en otras cirugías ortopédicas, los coágulos de sangre pueden formarse y desplazarse hacia los pulmones, lo que podría resultar en una complicación seria (embolia pulmonar).
- **Reacción alérgica:** Puede haber reacciones alérgicas a los medicamentos, anestesia o materiales utilizados durante la cirugía.

Proceso de Recuperación

- **Inmovilización:** Después de la cirugía, se le colocará un inmovilizador de hombro o cabestrillo para inmovilizar el hombro durante varias semanas.
- **Terapia física:** Es fundamental seguir un programa de rehabilitación para recuperar la movilidad y la fuerza en el hombro. El proceso de recuperación puede durar de 3 a 6 meses, o más, dependiendo de la gravedad de la lesión y de su adherencia al programa de rehabilitación.
- **Dolor y medicación:** Se le recetarán analgésicos para controlar el dolor postoperatorio.
- **Actividad restringida:** Durante los primeros meses después de la cirugía, deberá evitar actividades que involucren levantar peso o mover el hombro de manera forzada.

Derechos del Paciente

- **Derecho a recibir información:** Usted tiene derecho a recibir toda la información necesaria para comprender este procedimiento, sus riesgos, beneficios y alternativas.
- **Confidencialidad:** Toda la información relacionada con su salud y este procedimiento será tratada con confidencialidad, conforme a la Ley 20.584.
- **Derecho a revocar el consentimiento:** Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía sin que ello afecte la calidad de la atención que reciba.

Consentimiento

He leído y comprendido la información proporcionada sobre la **cirugía de reparación del manguito rotador**. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y estas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios, riesgos y alternativas al procedimiento. Firmando este documento, doy mi consentimiento para que el cirujano mencionado realice la intervención.

Firma Paciente _____ Firma Dr. Frank Dawson _____