



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL SINDROME SUBACROMIAL, LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR Y/O PATOLOGIA DE LA PORCION LARGA DEL BICEPS

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en..... y DNI nº.....
Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en..... y DNI nº.....
en calidad de..... (*Representante legal, familiar o allegado*) de:
..... (*Nombre y dos apellidos del paciente*)

DECLARO

Que el Dr:
(*nombre y apellidos del médico que proporciona la información*), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **DESCOMPRESION SUBACROMIAL ARTROSCOPICA Y EVENTUAL REPARACION DE LOS TENDONES DEL MANGUITO ROTADOR**.....

1. El propósito principal de la intervención es disminuir el roce que provoca el acromion sobre los tendones del manguito de los rotadores. Asimismo en caso de rotura de los tendones, proceder a la reparación de los mismos si es posible.
2. La intervención precisa anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia, quien le informará de los riesgos y complicaciones.
3. La intervención consiste en recortar la parte anterior del acromion (acromioplastia) y liberar el ligamento coracoacromial para aumentar el espacio por donde corren los tendones. Estos tendones cuando están rotos se acortan y degeneran, convirtiéndose en frágiles, retraídos y con poca capacidad de cicatrizar, lo que puede hacer imposible su reparación. La descompresión y la reparación tendinosa puede llevarse a cabo mediante cirugía abierta convencional, cirugía artroscópica o procedimientos combinados en los que se efectúa una parte mediante artroscopia y otra parte de la intervención mediante una pequeña incisión de 4 ó 5 cm aproximadamente (mini-abordaje)
La indicación de esta técnica la realiza su cirujano. Las indicaciones son cambiantes con el paso del tiempo y cada vez son más las lesiones que pueden ser tratadas con técnicas artroscópicas. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda

intervención. En ocasiones, determinados implantes se reabsorben con el paso del tiempo.

En su caso puede estar indicada la fijación del tendón de la porción larga del biceps o bien la tenotomía (cortar dicho tendón). Este hecho tiene un importante beneficio en cuanto al dolor y no tiene repercusiones funcionales. En un pequeño porcentaje de pacientes puede producirse un defecto estético al percibirse la “bola del brazo” caída.

4. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR**, pueden ser entre otras:
 - a. Fracaso de la sutura de los tendones, que puede hacer necesaria una nueva intervención.
 - b. Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima, pero en algunos casos puede desembocar en sepsis generalizada y muerte del paciente.
 - c. Lesión de estructuras vasculo-nerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
 - d. Hemorragia masiva de un gran vaso que puede ocurrir durante la intervención o posteriormente y que puede llegar a provocar una anemia aguda y muerte del paciente.
 - e. Rigidez articular y pérdida parcial o total de la movilidad del hombro con posterioridad a la intervención, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
 - f. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
 - g. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes a la articulación.
 - h. Daño del cartílago articular.
 - i. Hemartros y hematomas de zonas adyacentes.
 - j. Algoneurodistrofia (Síndrome de dolor regional complejo tipo I).
 - k. Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
 - l. Extravasación de líquido a los tejidos circundantes.
 - m. Síndrome compartimental.
 - n. Fallos y roturas del material o instrumental empleado.
 - o. Flebitis o Tromboflebitis y eventualmente tromboembolismo pulmonar que puede provocar la muerte del paciente.
 - p. Enfisema subcutáneo, neumomediastino y neumotórax a tensión.
 - q. Acumulación extraarticular de liquido en el espacio prevertebral y alrededor de la vía aérea.
 - r. RIESGOS PERSONALIZADOS:.....
.....
6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar alguna maniobra o intervención no informada previamente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una **DESCOMPRESION SUBACROMIAL ARTROSCOPICA Y EVENTUAL REPARACION DE LOS TENDONES DEL MANGUITO ROTADOR...**

En(Lugar y fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE

REVOCACIÓN

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en..... y DNI nº.....

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en..... y DNI nº.....
en calidad de..... (Representante legal, familiar o allegado) de:
..... (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....(Lugar y Fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE