

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL SÍNDROME DE FRICCIÓN SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR.

Ley 26529

Además de la información oral facilitada por su medico sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito principal de los detalles transcritos a continuación, es que conozca el procedimiento al que va a ser sometido, las complicaciones mas frecuentes del mismo y las alternativas terapéuticas al tratamiento indicado por su doctor.

Lea atentamente este documento y consulte con su medico todas las dudas que se le planteen. Por imperio de las leyes mencionadas arriba, usted o su representante legal deberá firmar el consentimiento para poder realizarle la intervención.

DETALLES DE LA INTERVENCIÓN

La cirugía de hombro para esta patología consiste en disminuir la fricción que se produce en el espacio subacromial, y subacoroacideo entre las partes óseas (acromion, clavícula y coracoides) contra el manguito de los rotadores y el tendón del biceps, 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 realizara una sutura tendinosa utilizando para ello pequeños implantes (de metal o biodegradables) que se insertan en la cabeza del humero y en numero variable. El procedimiento puede realizarse por artroscopia o a cielo abierto. La intervención precisa anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia (general o regional)

RIESGOS HABITUALES

Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por los riesgos propios 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.

Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR, pueden ser entre otras:

- 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.

RIESGOS PROPIOS DEL PACIENTE

-
-
-
-

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

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

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la CIRUGIA DEL SINDROME DE FRICCION ACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR y que me han explicado las posibles alternativas. Estoy satisfecho(a) con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Soy consciente que la practica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación no me han sido garantizados la obtención de los mismos. En consecuencia doy mi consentimiento para la realización de la intervención.

Firma del Paciente.....Aclaración.....

Documento.....

Firma del familiar.....Aclaración.....

Documento.....

Firma del médico..... Aclaración.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter en que interviene (padre, madre, tutor, etc.):

Firma.....Aclaración.....

Documento.....Carácter.....

En....., a.....días del mes de.....de.....