

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

### **PACIENTE**

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....  
con domicilio en.....

### **REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO**

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.

### **DECLARO**

Que el Dr./la Dra.....  
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIÓN DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES**..... He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. *Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.*
2. *La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.*
3. *El propósito principal de la intervención es mejorar la movilidad del hombro y evitar o disminuir el dolor que padece.*
4. *La intervención consiste en recortar la parte anterior del acromion (acromioplastia) y, eventualmente, 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 o cirugía artroscópica, o bien 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).*
5. *Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.*

### **RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIÓN DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES**

*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 implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:*

- a. *Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar a la articulación y al tejido óseo.*
- b. *Hematoma o lesión vascular.*
- c. *Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.*
- d. *Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.*
- e. *Rigidez o limitación funcional del hombro y de articulaciones vecinas.*
- f. *Fallos en la sutura de los tendones.*
- g. *Retraso o fracaso de la cicatrización tendinosa.*
- h. *Imposibilidad de sutura por la retracción tendinosa.*
- i. *Persistencia del dolor.*
- j. *Fracturas de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las maniobras requeridas.*
- k. *Necrosis cutáneas.*
- l. *Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck*
- m. *Síndrome compartimental.*
- n. *Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).*

## ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIÓN DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, infiltraciones y fisioterapia.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....  
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. **TAMBIÉN COMPRENDO QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.** Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIÓN DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES.**

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR  
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO