

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, Historia Clínica  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

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.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

## **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 **LA RUPTURA DEL TENDON DISTAL DEL BICEPS**. 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. Además de la información oral facilitada sobre su proceso, debe saber que una bursitis es un proceso inflamatorio de una bolsa sinovial, donde se acumula líquido que puede ser seroso, con sangre o pues en caso de estar sobreinfectado. Su principal problema es la infección, que puede convertirse en un absceso. Un absceso puede llegar a producir una sepsis (infección generalizada del organismo) con riesgo de muerte si no se drena..
4. La intervención consiste en reinsertar el tendón distal del bíceps en su situación anatómica, para evitar pérdida de fuerza de flexión del codo y supinación, En la mayoría de casos es necesario la utilización de sistema de anclaje ósea, arpones, minichapas..... En algunos casos puede ser necesario dejar un drenaje para evitar la formación de un hematoma postoperatorio. En situaciones de retracción importante del tendón puede ser necesario la utilización de injertos tendinosos autólogos u homólogos.
5. Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.

### **RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS BURSITIS**

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 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. Recidiva del hematoma o del absceso con consecuencias de sepsis.
- e. Amputación.

- f. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- g. Necrosis cutáneas.
- h. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck
- i. Síndrome compartimental.
- j. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- k. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.
- l. Limitación de la movilidad del codo.
- m. Ruptura tendinosa

## ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RUPTURA DEL TENDON DISTAL DEL BICEPS

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador que implicara un ascenso de la masa muscular del bíceps, y la pérdida de fuerza sobre todo de supinación del antebrazo que puede llegar al 75% de la normalidad.

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 **LA RUPTURA DEL TENDON DISTAL DEL BICEPS.**

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. ÉL/LA PACIENTE

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

FDO. ÉL/LA TESTIGO