

SINDROME DE COMPRESION SUBACROMIAL

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.
3. 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, 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).
4. 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.
5. 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.
6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME SUBACROMIAL Y LESIONES DEL MANGUITO ROTADOR, pueden ser entre otras:
 - a) Infección de las heridas operatorias o de la articulación.
 - b) Fracaso de la sutura de los tendones, que puede hacer necesaria una nueva intervención.
 - c) Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
 - d) Hemorragia.
 - e) Rigidez articular, 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.
 - h) Hematomas de zonas adyacentes.
 - i) Distrofia simpático-refleja.
 - j) Parálisis de los nervios de la mano, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
 - k) Síndrome compartimental.
 - l) Fallos y roturas del material empleado.
 - m) Trombosis venosas y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.
7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas 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 me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSENTO** que se me realice

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSENTO** que se realice al paciente

En.....ade.....de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a procedimiento de.....

En a de..... de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE