hm hospitales

Tratamiento de las lesiones degenerativas del hombro

Consentimiento informado sociedad española de cirugía ortopédica y traumatología

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; atentamente y consulte con su médico todas las dudas que le se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

1. PROCEDIMIENTO

En el caso de que exista una rigidez importante puede ser necesaria, antes de la intervención, una movilización bajo anestesia de la articulación del hombro.

El procedimiento consiste en la reparación de las lesiones degenerativas que tiene el hombro y que pueden ser muy variadas: reparación de desgarros o rotura de tendones, extirpación de tejidos inflamados o que dificultan la movilidad de la articulación, extirpación de fragmentos de hueso o la sustitución de la articulación por una prótesis.

El propósito principal de la operación consiste en mejorar el dolor y aumentar el movimiento restringido de su hombro.

La intervención suele precisar anestesia general. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole de las características de la misma y de sus complicaciones.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento a realizar, puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección de la herida.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas.

El hombro intervenido puede precisar durante unos días un período de inmovilización, igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de:é son:

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Lesión de vasos de la extremidad.
- Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna, que en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección de la herida.
- Pérdida de movilidad de la articulación del hombro, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación importante (atrofia ósea)
- Desgaste de la prótesis/luxación de la prótesis/fractura del hueso alrededor de la prótesis.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona fracturada hacia el extremo del miembro, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), mala alineación de los componentes de la prótesis, reacción alérgica/toxicidad debida al material implantado, cicatriz antiestética e irrigación insuficiente de la piel de la zona lesionada (necrosis cutánea) que conlleva la necesidad) de extirparla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

-
-
-

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Cuando se le propone el tratamiento quirúrgico habitualmente se han agotado previamente los tratamientos conservadores de su lesión (antiinflamatorios, infiltraciones o rehabilitación), por lo que la única alternativa es dejar la lesión sin tratar, manejándola únicamente con analgésicos.

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dñaé .he leído la hoja de información que me ha entregado e/la Dr/aé . 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 CONSIENTO que se me realiceé é

Ené é é é é é é é é é é é é é é é é .,aé é é é é deé é é é é é é é é é é é é é é é .deé é é é é .

Fdo. EL/ LA DOCTOR/A
Nº Colegiado

Fdo. EL/LA PACIENTE
D.N.I.

REPRESENTANTE LEGAL

Yo Don/Dñaé .en calidad de é é é é é é é é é é é del pacienteé é é é é é é é é é é é é é é é é . he leído la hoja de información que me ha entregado e/la Dr/aé , 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 CONSIENTO que se realiceé é

Ené é é é é é é é é é é é é é é é é .,aé é é é é deé é é é é é é é é é é é é é é é .deé é é é é .

Fdo. EL/ LA DOCTOR/A
Nº Colegiado

Fdo. Representante
D.N.I.

TESTIGO

Yo Don/Dñaé .declaro bajo mi responsabilidad que Don/Dña é .ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la Doctor/aé é é é é é é é é é é é é . é é é é é é información que me ha entregado e/la Dr/aé ..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 presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende, la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y ha expresado libremente su CONSENTIMIENTO que se le realice al paciente .....é ...
Ené é é é é é é é é é é é é é é é é .,aé é é é é deé é é é é é é é é é é é é é é é .deé é é é é .

Fdo. EL/ LA DOCTOR/A
Nº Colegiado

Fdo. Testigo
D.N.I.

7. REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo Don/Dñaé REVOCO el consentimiento prestado en fechaé .,y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento deé é é é é é é é é é é é é é é é é é é é