

ARTROSCOPIA DE HOMBRO

1. El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afectan al hombro.
2. La intervención precisa anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en introducir dentro de la articulación del hombro una pequeña cámara de video a través de una pequeña incisión (que se denominan portales). Con ello se puede explorar bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que afectan a esta articulación. Habitualmente son necesarios otros portales para introducir instrumentos y poder tratar las lesiones.
4. La indicación de esta técnica la realiza su cirujano pero es un procedimiento frecuentemente empleado en el tratamiento del síndrome subacromial, desgarros del manguito de los rotadores, inestabilidad del hombro, extracción de cuerpos libres, etc. 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 ARTROSCOPIA DE HOMBRO, pueden ser entre otras:
 - a) Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima.
 - b) Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
 - c) Hemorragia.
 - d) Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
 - e) Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
 - f) Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
 - g) Hematomas de zonas adyacentes.
 - h) Distrofia simpático-refleja.
 - i) Parálisis de los nervios de la mano, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
 - j) Síndrome compartimental.
 - k) Fallos y roturas del material empleado.
 - l) 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 **CONSIENTO** 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 **CONSIENTO** 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