

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE HOMBRO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Esta técnica se emplea con mucha frecuencia para el tratamiento del síndrome subacromial (dolor intenso del hombro), desgarros del manguito de los rotadores, lesiones de tendones y ligamentos, inestabilidad del hombro, extracción de cuerpos libres, asistencia en la fijación de fracturas, etc.

La intervención consiste en la introducción, a través de pequeñas incisiones (portales), de una fibra óptica conectada a una cámara de vídeo, dentro de la articulación del hombro, lo que permite la visualización de forma directa de las estructuras intraarticulares y sus posibles lesiones. Por medio de esas incisiones se introducen también los instrumentos necesarios para su tratamiento.

Para poder visualizar correctamente la articulación del hombro, es necesario emplear un dispositivo (o "bomba") que introduce agua a presión. Durante el procedimiento, este líquido puede salir de la articulación hacia los tejidos circundantes, causando hinchazón que normalmente desaparece en las primeras horas, o puede mojar los apósitos que cubren las heridas. En algunas ocasiones, el líquido puede comprimir la vía aérea, por lo que puede ser necesario que el paciente permanezca en reanimación unas horas antes de retirar la ventilación mecánica (intubación).

Para algunas de las técnicas empleadas en el tratamiento de las lesiones puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos pueden ser permanentes o bien pueden ser retirados en otra intervención. En ocasiones, algunos de ellos se reabsorben con el tiempo.

La artroscopia de hombro permite realizar un tratamiento menos invasivo, reduciendo el tamaño de los abordajes que se producen en la cirugía abierta.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la técnica es diagnosticar y tratar las lesiones del hombro, las cuales están causando dolor y déficit funcional.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la adecuada elección del procedimiento y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Hematoma o lesión vascular en zonas adyacentes.
- Lesión de vasos y nervios cercanos. Puede suponer una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o bien definitiva.
- Infección de la articulación.
- Rigidez articular o limitación funcional.
- Persistencia del dolor e inestabilidad.
- Reaparición de la enfermedad tratada.

- Retraso o fracaso de la cicatrización tendinosa.
- Imposibilidad de realizar la sutura debido a la retracción tendinosa.
- Fracturas de estructuras óseas cercanas.
- Parálisis de los nervios de la mano, que de forma habitual son recuperables y muy poco frecuentes.
- Rotura de tendones o ligamentos cercanos.
- Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular de los implantes o instrumental quirúrgico.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (aumento de la presión en un compartimento muscular), que puede precisar una descompresión quirúrgica.
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y graves consecuencias).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Salida de líquido a los tejidos cercanos.
- Acúmulo de aire o gases debajo de la piel, en el centro del pecho o en el pulmón.
- Acumulación de líquido fuera de la articulación, en el espacio delante de la columna y alrededor de las vías respiratorias.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad, que puede afectar al tejido óseo.
- Dehiscencia (apertura) de la sutura.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelve con tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

**RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- |                                   |  |                                     |   |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |

☐ .....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

- Mala situación vásculo-nerviosa del miembro a operar.
- Infección activa.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento analgésico y antiinflamatorio.
- Inmovilización de la articulación.
- Infiltraciones.
- Cirugía abierta.

## AUTORIZACIÓN PARA “ARTROSCOPIA DE HOMBRO”

Yo, D./D<sup>a</sup>. , como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: