

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 (Ley 41/2002, 14 de Noviembre), 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,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica 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 **ARTROSCOPIA DEL HOMBRO**.....  
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. *El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar las lesiones periarticulares e intraarticulares del hombro que están causando el dolor y el déficit funcional. Esta técnica quirúrgica se usa para el diagnóstico y tratamiento de inestabilidades, lesiones tendinosas y ligamentosas, descompresiones subacromiales, lesiones osteocondrales, sinovitis, extracción de cuerpos libres y como asistencia a la fijación de fracturas.*
4. *La intervención consiste en la introducción, a través de pequeñas incisiones (portales) de una fibra óptica, conectada externamente a una cámara de vídeo, dentro del hombro que permite la visualización directa de las estructuras intraarticulares. Por medio de los portales se introducen también los instrumentos necesarios para el tratamiento de las lesiones. Puede ser que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento o incluso tener que realizar el tratamiento mediante cirugía abierta.*
5. *Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que ocasionalmente pueden requerir transfusiones sanguíneas.*

## RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DEL HOMBRO

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. *Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.*
- e. *Persistencia del dolor, inestabilidad o déficit funcional.*
- f. *Recidiva de la patología tratada.*
- g. *Fracturas de estructuras óseas cercanas durante las manipulaciones requeridas.*
- h. *Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.*
- i. *Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular de los implantes o instrumental quirúrgico.*
- j. *Necrosis cutáneas.*
- k. *Cicatriz de la herida dolorosa.*
- l. *Síndrome doloroso regional complejo.*
- m. *Síndrome compartimental.*
- n. *Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).*

## ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ARTROSCOPIA DEL HOMBRO

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, infiltraciones o inmovilización. Cirugía convencional con artrotomía (cirugía abierta).

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 **ARTROSCOPIA DEL HOMBRO**.

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. EL/LA PACIENTE

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

Fdo: EL/LA TESTIGO