



**Dr. FERNANDO ESCAMEZ ABAD**  
Médico Especialista en Traumatología  
Y Cirugía Ortopédica

**PACIENTE:**  
Fecha intervención:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
**INTERVENCION: Cirugía Artroscópica de Hombro**

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 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

Se me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar una ARTROSCOPIA DE HOMBRO. El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afectan a mi hombro y que me causan dolor y limitación de la funcionalidad. Se me ha realizado las correspondientes exploraciones clínica y estudios complementarios para llegar al diagnóstico de estas alteraciones, sabiendo que el mismo no puede ser exacto.

La intervención precisa anestesia general, que será valorada por el servicio de anestesia.

La intervención consiste en introducir dentro de la articulación del hombro una pequeña cámara de video a través de varias pequeñas incisiones (que se denominan portales). Con ello se puede explorar bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que afectan a esta articulación y se pueden tratar lo más convenientemente posible.

Esta técnica es frecuentemente empleada en el tratamiento del síndrome subacromial, desgarros del manguito de los rotadores, inestabilidad del hombro, extracción de cuerpos libres, etc. 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.

#### 2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará dolores en la zona del hombro y de la extremidad superior intervenida debidos a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas. Precisaré guardar reposo del brazo con un cabestrillo ortopédico y posteriormente recibirá instrucciones sobre la rehabilitación a realizar que puede ser diferente en cada caso según los procedimientos que se hayan utilizado.

En algunos casos es necesaria una segunda operación para resolver algunas complicaciones que pudieran surgir, la más frecuente la falta de recuperación de la movilidad, y en otras ocasiones para retirar los implantes colocados, cuando provoquen algún tipo de molestias y una vez que hayan cumplido su función.

#### 3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

- 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. En raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección: Esta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede ocurrir incluso meses después de la intervención.
- Atrofia muscular importante.
- Aparición de artrosis de hombro.
- Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- Hemorragia.
- Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
- Hematomas de zonas adyacentes.



- Distrofia simpático-refleja.
- Parálisis de los nervios de la mano, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
- Síndrome compartimental.
- Fallos y roturas del material empleado.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada y requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

#### 4. 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

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con la lesión que presenta y que puede determinar limitaciones funcionales, sobre todo en actividades deportivas o de esfuerzo. Puede paliarse con tratamiento analgésico, antiinflamatorio, o evitando estas actividades, pero puede que no evite los fallos de dicho hombro o que no detenga el desgaste progresivo de la articulación.

#### 6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información que me ha entregado el Dr. Fernando Escámez Abad. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y se me ha permitido realizar todas las observaciones, aclarando 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 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 la intervención de Artroscoopia de hombro.

Almería, a      de  
Fdo. PACIENTE

Fdo. Dr Fernando Escámez Abad

#### REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña  
del Paciente

.en calidad de

He leído la hoja de información que me ha entregado el Dr. Fernando Escámez Abad. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y se 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 la artroscoopia de hombro.

Almería, a      de  
Fdo. REPRESENTANTE LEGAL

Fdo. Dr Fernando Escámez Abad

#### REVOCAION DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña

prestado en fecha

recibida, no consiento en someterme al procedimiento de artroscoopia de hombro.

Almería, a      de

Fdo. PACIENTE

REVOCO el consentimiento

, y declaro por tanto que, tras la información

de

Fdo. Dr Fernando Escámez Abad