



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL**

Don / Dña: .....  
 de: ... años de edad, con domicilio en. .... y DNI nº.....  
 Don / Dña: .....  
 de: ... años de edad, con domicilio en. .... y DNI nº.....  
 en calidad de. .... (*Representante legal, familiar o allegado*) de: .....  
 ..... (*Nombre y dos apellidos del paciente*)

**DECLARO**

Que el Dr: .....  
 (*nombre y apellidos del médico que proporciona la información*), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **ARTROSCOPIA DE HOMBRO. . . .PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL**

1. El propósito principal de la intervención es mejorar la estabilidad del hombro (evitar que el hombro “se salga” en el futuro) y diagnosticar y tratar las lesiones asociadas.
2. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia, quien le informará de los riesgos y complicaciones.
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 denomina portal). 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.  
 Debido a las luxaciones que ha sufrido la articulación, ésta es cada vez más propensa a la inestabilidad y a que se vuelva “a salir el hombro”. Los tejidos capsulares han aumentado de tamaño y el rodete glenoideo y los ligamentos se han desgarrado. Por este motivo se indica este tipo de cirugía. Entre las diferentes técnicas que se realizan mediante artroscopia podemos realizar una disminución del volumen de la cápsula, mediante un fruncido térmico de la misma (capsulorrafia térmica), reparar el desgarrado del rodete, mediante unas suturas que se anclan al hueso de la glenoides. En otras ocasiones, pueden sustituirse los ligamentos lesionados inservibles utilizando fibras artificiales o tejidos biológicos (tendones) que pueden provenir del propio paciente o de donante cadáver.

Para las técnicas empleadas suele 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. En ocasiones, determinados implantes se reabsorben con el paso del tiempo.

Con cualquiera de las técnicas se requiere un protocolo de rehabilitación de larga duración.

4. 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.
  
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para **EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INESTABILIDAD GLENO-HUMERAL**, pueden ser entre otras:
  - a. Fracaso de la técnica (nuevos episodios de luxación) que puede requerir una nueva intervención o variar la técnica.
  - b. Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima, pero en algunos casos puede desembocar en sepsis generalizada y muerte del paciente.
  - c. Lesión de estructuras vasculo-nerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
  - d. Hemorragia masiva de un gran vaso que puede ocurrir durante la intervención o posteriormente y que puede llegar a provocar una anemia aguda y muerte del paciente.
  - e. Rigidez articular y pérdida parcial o total de la movilidad del hombro con posterioridad a la intervención, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
  - f. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
  - g. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes a la articulación.
  - h. Daño del cartílago articular.
  - i. Hemartros y hematomas de zonas adyacentes.
  - j. Algoneurodistrofia (Síndrome de dolor regional complejo tipo I).
  - k. Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
  - l. Extravasación de líquido a los tejidos circundantes.
  - m. Síndrome compartimental.
  - n. Fallos y roturas del material o instrumental empleado.
  - o. Flebitis o Tromboflebitis y eventualmente tromboembolismo pulmonar que puede provocar la muerte del paciente.
  - p. Enfisema subcutáneo, neumomediastino y neumotórax a tensión.
  - q. Acumulación extraarticular de líquido en el espacio prevertebral y alrededor de la vía aérea.
  - r. RIESGOS PERSONALIZADOS:.....  
 .....

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar alguna maniobra o intervención no informada previamente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas 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 estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice una **ARTROSCOPIA DE HOMBRO. . . . PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL**

En . . . . . (Lugar y fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE

---

### REVOCACIÓN

Don / Dña: . . . . .  
de: . . . años de edad, con domicilio en. . . . . y DNI nº. . . . .

Don / Dña: . . . . .  
de: . . . años de edad, con domicilio en. . . . . y DNI nº. . . . .  
en calidad de. . . . . (Representante legal, familiar o allegado) de: . . . . .  
. . . . . (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha. . . . ., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En. . . . . (Lugar y Fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE