



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO SORBALDAKO ARTROSKOPIA / ARTROSCOPIA DE HOMBRO

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Ebakuntza honen helburua da akromioia eta lepautai distala erregulatzea, sorbaldaren biratzaile-zorro handituak konpresiorik egin ez dezan, eta, era berean, burtsa subakromiodeltoide handitua eraztea.

Interbentzio honen oinarria da telebista-kamera bati lotutako lente-sistema bat sartzea artikulazioaren barruan, ziztada bidez; horrela, artikulazio-barneko egiturak ikus daitezke. Pareko ezaugarriak dituen beste sarbide batetik, erazketa egiteko tresnak sartzen dira; horien bidez, aipatutako egiturak kendu eta erregula daitezke.

Ebakuntza honetan, anestesia erabili behar da, anestesistak balorazioa eginda.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Interbentzio kirurgiko guztietan daude berez konplikazioak, erabilitako teknikak nahiz pazientearen egoera orokorrak eraginda (diabetesa, kardiopatia, hipertentsioa, adinekua izatea, anemia, obesitatea,...). Horietako batzuk larriak izan daitezke, eta horren ondorioz baliteke tratamendu osagarriak egin behar izatea (medikoak zein kirurgikoak). Hiltzeko arriskua ere badago, txiki-txikia bada ere
- Hauexek izan daitezke interbentzio kirurgiko honen berezko konplikazioak:
 - a) Zain-tronbosi sakona, eta, inoiz, biriketako tronboenbolismoa (ondorio larriak ditu).
 - b) Artikulazioaren infekzioa (beharrezkoa izaten da garbiketa artroskopikoa eta antibiotiko bidezko tratamendua, edo artrotomia, batzuetan).

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El propósito de la intervención consiste en la regularización del acromion y clavícula distal para evitar la compresión sobre el manguito rotador inflamado, y la extirpación de la bursa subacromiodeltoidea inflamada.

La intervención consiste en la introducción por punción dentro de la articulación de un sistema de lentes conectado a una cámara de televisión que permite la visualización de las estructuras intraarticulares. Por otro acceso de similares características se introducen los instrumentos que permiten la extirpación y regularización de las estructuras mencionadas.

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

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- 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.
- Las complicaciones propias de esta intervención quirúrgica pueden ser:
 - a) Trombosis venosa profunda y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.
 - b) Infección de la articulación que requeriría lavado artroscópico y tratamiento con antibiótico o eventualmente artrotomía.



- c) Artikulazioen gogortasuna (beharrezkoa izaten da mobilizazioa egitea, anesthesiapean, eta atxikidurak ebakitzea, kontrol artroskopiko bidez; batzuetan artrotomia egin behar izaten da).
- d) Hodietako lesioa (gorputz-adarra moztea, eta, inoiz, heriotza ere eragin lezake).
- e) Nerbioetako lesioa, alboko nerbioak kaltetzeagatik (behin-betiko lesio neurologikoak eragin litzake).
- f) Konpartimentu-sindromea.
- g) Min-hondarra ziztadaren zuloetan.
- h) Algodistrofia sinpatiko-erreflexua.

- c) Rigidez articular que se trataría con movilización bajo anestesia y sección de adherencias bajo control artroscópico o eventualmente artrotomía.
- d) Lesión vascular que puede llevar a la amputación del miembro o eventualmente a la muerte.
- e) Lesión nerviosa por afectación de los nervios adyacentes que puede llevar a lesiones neurológicas irreversibles.
- f) Síndrome compartimental.
- g) Dolor residual en los portales de entrada.
- h) Algodistrofia simpático-refleja.

- Endekapen-lesioak dituzten pazienteengan molestia hondar batzuk gera litezke (baliteke pazientea bere eguneroko jarduera aldatu beharrean egotea).
- Kirurgiaren unean bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.
- Baliteke, konplikazio horietakoren baten ondorioz, beste interbentzioren bat egin behar izatea, unean bertan ala gerora.

- En pacientes con lesiones degenerativas pueden quedar molestias residuales que pueden obligar al paciente a modificar su actividad.
- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el quipo médico podría variar la técnica quirúrgica programada.
- Alguna de estas complicaciones pueden necesitar de intervenciones posteriores o en el mismo momento.

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

<~~ ~>

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

<~~ ~>

E. ALTERNATIVAS:

<~~ ~>



<--

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:
Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

Pazientea/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha