

Guía del paciente sobre la transección del nervio de la rama medial

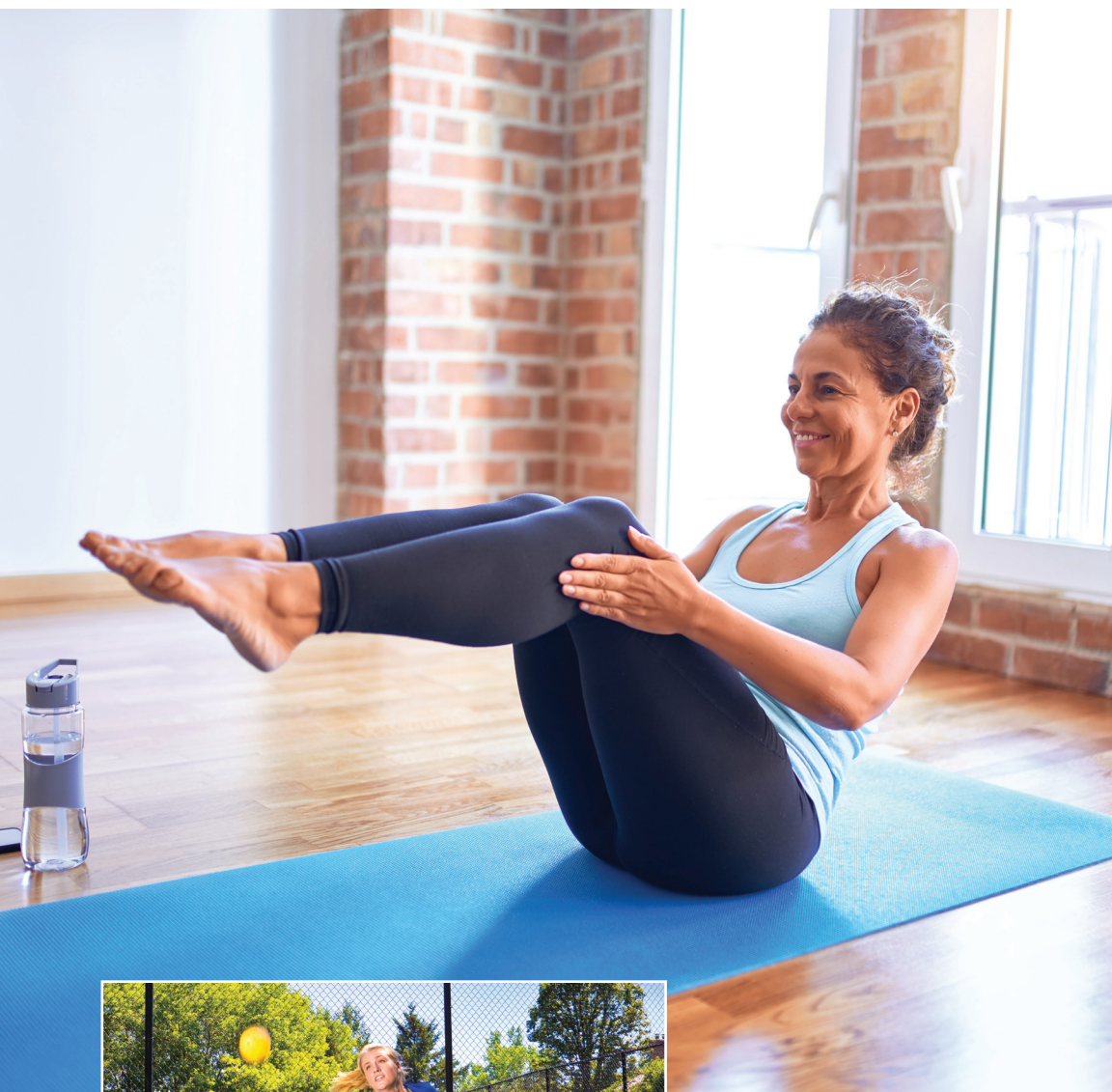


Arthrex® 

Bienvenido a
La guía del paciente sobre la
transección del nervio de la
rama medial. Nuestro objetivo es
brindarle una atención médica
excepcional, mejorada por una
experiencia informada y positiva.

Índice

Información general	5
Comprender la columna	8
Comprender el movimiento de la columna	8
Artritis facetaria	10
Efectos de la artritis facetaria	11
¿Qué es el nervio de la rama medial?	12
¿Qué es un enfoque endoscópico?	13
¿Cómo se compara la cirugía endoscópica con la cirugía abierta tradicional?	14
El procedimiento	16
¿Quién es candidato a la transección de la rama medial?	18
Prepararse para la cirugía	19
Antes de la cirugía	21
Ejemplo de las visitas de seguimiento	24
Referencias	26
Notas	27



Información general

Si tiene dolor neurológico agudo localizado en una región o en regiones de la espalda, no está solo. Debido al desgaste de las articulaciones en la columna lumbar, el dolor asociado con la artropatía (artritis) de la articulación facetaria puede ser un motivo común por el cual las personas buscan tratamiento médico. En el caso de los pacientes con una enfermedad articular degenerativa, un enfoque endoscópico a la cirugía de la columna vertebral busca aliviar el dolor y restaurar la movilidad.

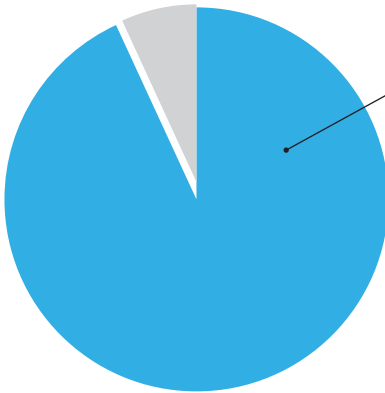
La transección del nervio de la rama medial alivia el dolor de espalda, al cortar el nervio que percibe el dolor proveniente de articulaciones degenerativas en la columna baja.

Después de una cirugía de columna lumbar endoscópica, el 83,7 % de los pacientes mostró una mejora importante de la función y pudo volver al trabajo en 10 días o menos.¹

El dolor lumbar puede ser debilitante. Gracias a los avances modernos en técnicas quirúrgicas menos invasivas, cirujanos de todo el mundo ayudan a las personas a regresar a sus actividades cotidianas y llevar los estilos de vida activos y saludables que les gustan. De hecho, los pacientes que se someten a una cirugía endoscópica de la columna lumbar pueden volver a practicar deportes y actividades como el golf, el fútbol, el tenis, el pickeball, el yoga y otras actividades recreativas en tan solo 6 a 8 semanas.^{2,3}

Más del **85 %**

de los pacientes que se someten a procedimientos endoscópicos de la columna lumbar vuelven a realizar actividades atléticas.^{2,3}



- Golf
- Fútbol
- Tenis
- Entrenamiento físico
- Actividades recreativas

Comprender la columna

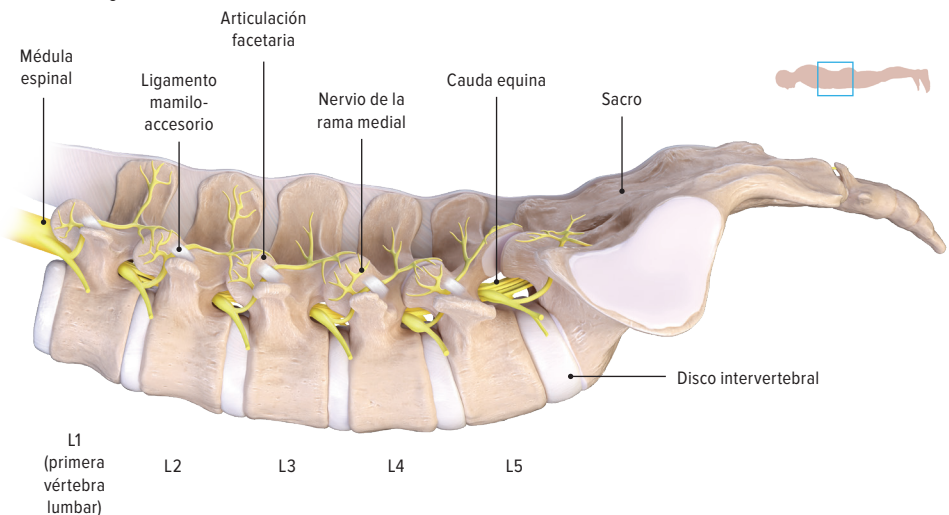
La columna vertebral es una de las estructuras más complejas del cuerpo humano. Está compuesta por estructuras óseas y de tejido blando, que incluyen huesos, ligamentos, tendones, discos intervertebrales, músculos y nervios. Cuando funciona de manera adecuada, la columna vertebral permite realizar movimientos multiaxiales (en numerosas direcciones) a la vez que brinda estabilidad.

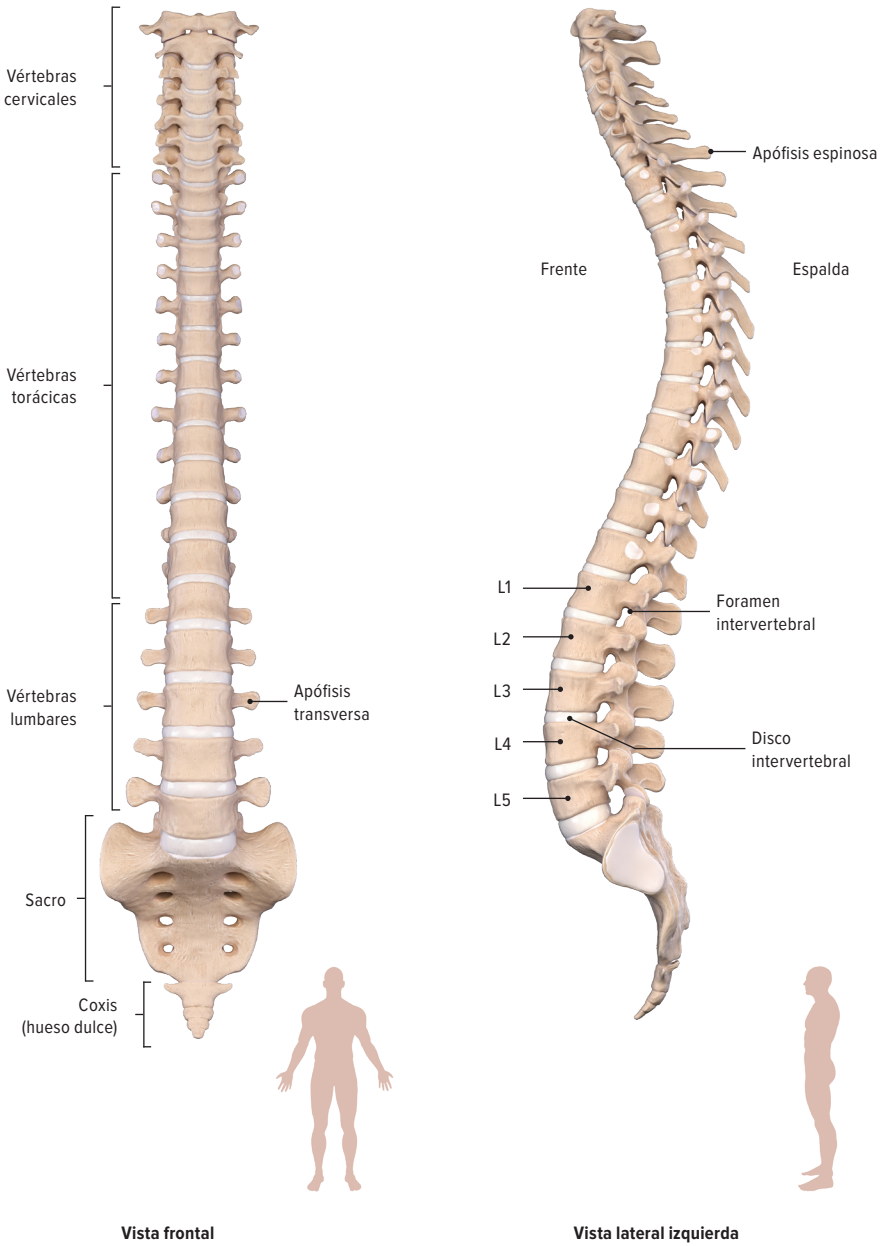
Las estructuras óseas principales a conocer son las vértebras, que parecen estar “apiladas” una encima de la otra, y las partes asociadas que las mantienen unidas. Entre cada vértebral hay discos intervertebrales que parecen gel (o caucho) y permiten que la columna vertebral se doble de forma natural en todas las direcciones. Los músculos, tendones y ligamentos revisten la columna vertebral desde arriba hacia abajo.

La columna vertebral se divide en 4 secciones principales:

- La columna cervical, que incorpora la región del cuello, tiene 7 vértebras.
- La columna torácica, o la zona media de la espalda, tiene 12 vértebras.
- La columna lumbar, o zona baja de la espalda, tiene 5 vértebras.
- El sacro consiste en 5 vértebras fusionadas junto con el coxis (o “hueso dulce”). Esta estructura combinada forma una parte grande de la pelvis.

Los músculos, tendones y otras estructuras de tejido blando están presentes en todas estas regiones, y muchas abarcan varias o todas las regiones de la columna vertebral. Esta guía se concentra en la columna lumbar y los enfoques endoscópicos para abordar una hernia de disco.





Dos vértebras forman un segmento de la columna, y en el medio de ellas se encuentra un disco amortiguador que facilita movimientos como rotar y doblarse. Además, los nervios que llegan a diferentes áreas del cuerpo se extienden desde la médula espinal, que recorre toda la columna vertebral y permite que la actividad neuronal viaje desde y hacia el cerebro y el resto del cuerpo. Estos nervios viajan por el foramen, o abertura, que se encuentra en cada nivel de la columna vertebral.

Las señales neuronales que viajan del cuerpo al cerebro son respuestas sensoriales, mientras que las señales del cerebro al cuerpo son acciones motrices (neuromusculares).

Es posible que su médico use una letra y un número cuando hable de un nivel de la columna vertebral. Por ejemplo, “L5” se refiere a la quinta vértebra de la columna lumbar; “L4/5” se refiere a las vértebras L4 y L5 y al disco intervertebral entre esas estructuras óseas.

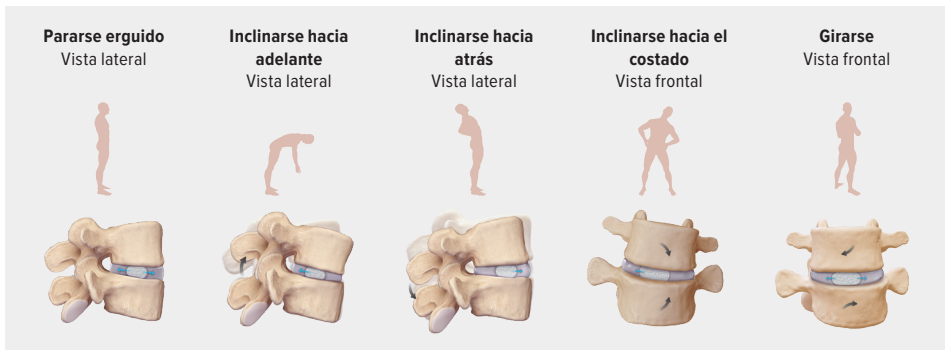
Comprender el movimiento de la columna

El siguiente diagrama muestra varios tipos de movimientos y las acciones resultantes en un único nivel.

Los discos tienen un papel muy importante en la inclinación y la rotación sin dolor. Sin ellos, la columna

vertebral no podría completar estos movimientos sin efectos adversos y, a menudo, dolorosos.

Más adelante se explicará la anatomía específica de estos discos.



→ Movimiento del disco intervertebral
 → Movimiento de la vértebra



Artritis facetaria

Los problemas de espalda que se deben a artritis de las articulaciones suelen tener como causa al desgaste del cartílago protector dentro y alrededor de las articulaciones que se encuentran entre las vértebras. Estas áreas donde las vértebras se juntan se denominan articulaciones facetarias. De forma similar a las personas con artritis en los dedos, el cartílago de las articulaciones en la columna vertebral se puede degenerar, lo que causa dolor, inflamación y rigidez. Los mecanismos de las articulaciones de las manos e incluso de los dedos de los pies funcionan de forma similar a los de la columna vertebral.

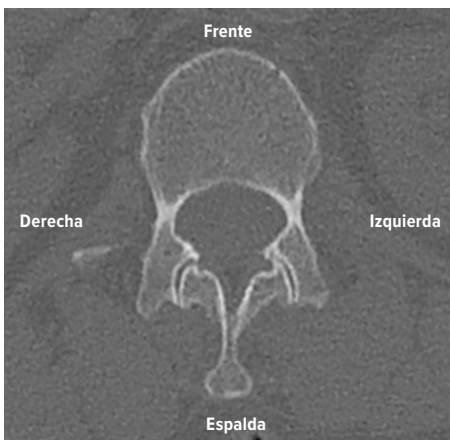
Cuando funcionan con normalidad, las articulaciones facetarias brindan estabilidad y permiten inclinarse con facilidad y rotar la espalda. Si empiezan a degradarse, los huesos pueden frotar entre sí y el cartílago se reducirá.

Esta condición, denominada artrosis o artropatía de las articulaciones facetarias, a menudo tiene lugar con la edad, pero también puede afectar a personas más jóvenes y activas.

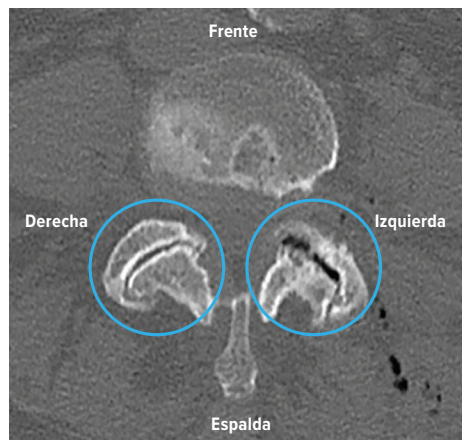
Los discos trabajan junto con 2 articulaciones facetarias en cada nivel. Al igual que un taburete de 3 patas, la columna vertebral no puede estar erguida sin que los 3 estén intactos.

Los síntomas comunes de la artrosis facetaria incluyen los siguientes:

- Dolor leve y localizado con dolor neural que irradia y también que se puede sentir en una o ambas extremidades inferiores.
- Dolor que se puede sentir incluso en momentos de inactividad, como cuando se está sentado
- Rigidez y debilidad muscular y posibles espasmos



Articulación facetaria normal



Artritis facetaria axial

Efectos de la artritis facetaria

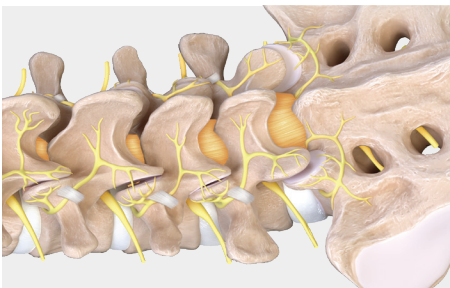
La artrosis es una condición que destruye la cubierta externa lisa (cartílago articular) del hueso. A medida que el cartílago se desgasta, se vuelve áspero y disminuye el espacio de protección entre los huesos. Durante el movimiento, los huesos de la articulación se frotan entre sí, lo que envía señales de dolor a los nervios cercanos y causa malestar o incluso dolor grave.

Esta fricción también suele causar crecimientos óseos llamados osteofitos u espolones óseos que se forman entre las articulaciones y/o alrededor del área de la articulación. A medida que los osteofitos crecen hacia afuera, pueden empezar a ejercer presión mecánica sobre los nervios cercanos, lo que causa más dolor.

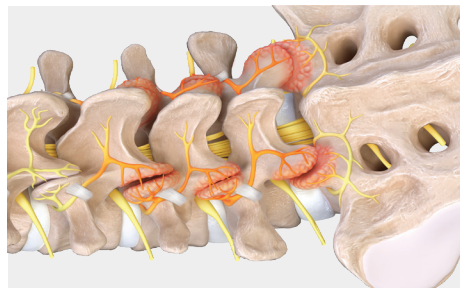
La columna vertebral funciona como la autopista de información del cuerpo, utilizando los nervios que se



encuentran dentro, sobre y alrededor de ella para transportar señales sensoriales neuronales desde el cuerpo hacia el cerebro y señales motrices desde el cerebro hacia el cuerpo. Los nervios asociados con las articulaciones facetarias que presentan artritis envían señales sensoriales de dolor por esta autopista desde la articulación afectada hacia el cerebro.



Articulaciones facetarias saludables



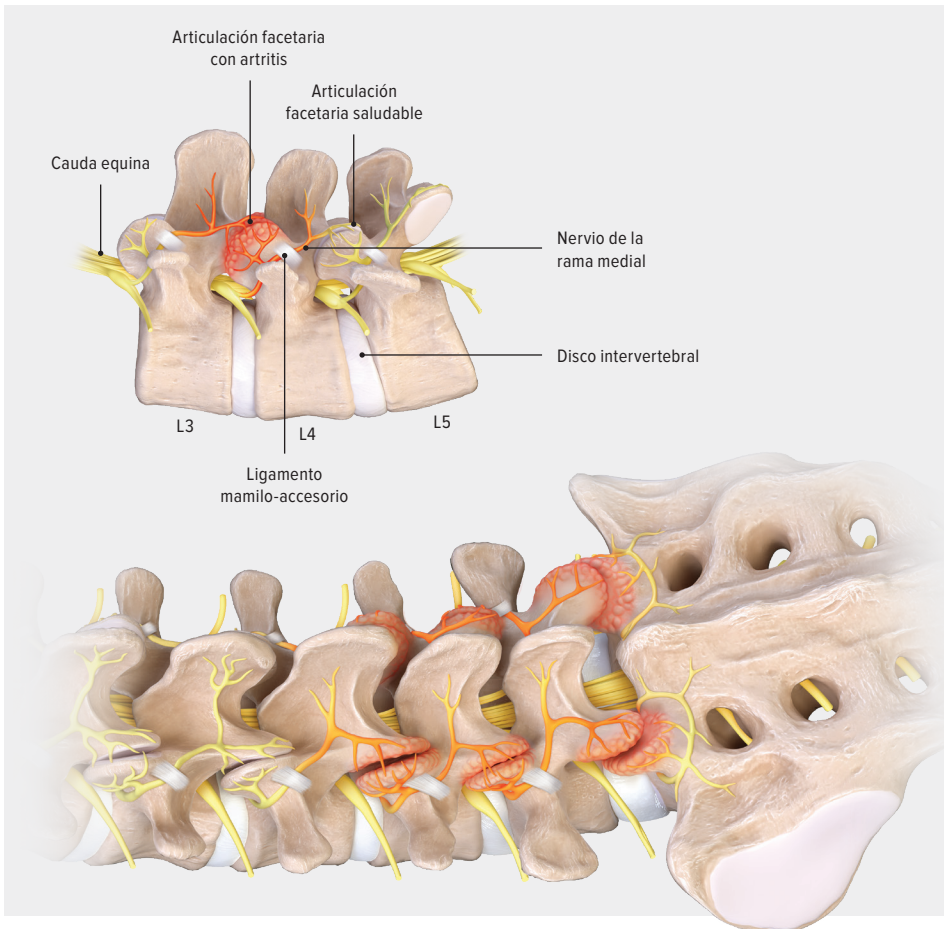
Articulaciones facetarias con artritis

¿Qué es el nervio de la rama medial?

Existen múltiples nervios ubicados cerca de cada nivel de la columna vertebral. En los pacientes con artrosis facetaria, la acumulación de osteofitos y la fricción generada por el movimiento entre huesos puede tener reacciones sensoriales negativas.

El nervio de la rama medial es responsable del dolor en la artrosis facetaria. En cada segmento de la

columna vertebral, la raíz del nervio de dicho segmento emite una rama medial (nervio de la rama medial) que se extiende hacia la articulación facetaria. Como estos nervios se encuentran cerca de la superficie ósea, los osteofitos pueden tener consecuencias importantes, que incluyen el pinzamiento y la compresión.



¿Qué es un enfoque endoscópico?

La cirugía endoscópica de columna vertebral es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva realizada por un cirujano ortopédico con especialidad de columna, o por un neurocirujano. En comparación con la cirugía abierta tradicional, en la que la incisión puede ser entre 3 y 4 veces más grande, la incisión más pequeña del enfoque endoscópico para la cirugía de la columna vertebral causa menos alteraciones del tejido y el músculo por ende, es asociada con menos complicaciones posoperatorias, tiempos de recuperación más cortos y un retorno a la normalidad más rápido.⁴⁻⁷

La cirugía endoscópica se realiza a través de una incisión pequeña, que suele tener una longitud menor a 1 cm. Durante este procedimiento, el cirujano insertará una cánula por la incisión para permitir el acceso. Luego, a través de la cánula, el cirujano insertará un endoscopio específico para la columna vertebral (una microcámara con una fuente de luz). Esto le permite ver el sitio quirúrgico con claridad.

El endoscopio está canulado para permitir que el instrumental pase por su interior, lo que significa que no se requiere una incisión adicional. Esta

configuración quirúrgica le permite al cirujano llegar a áreas pequeñas de la columna vertebral sin la necesidad de realizar una incisión grande.

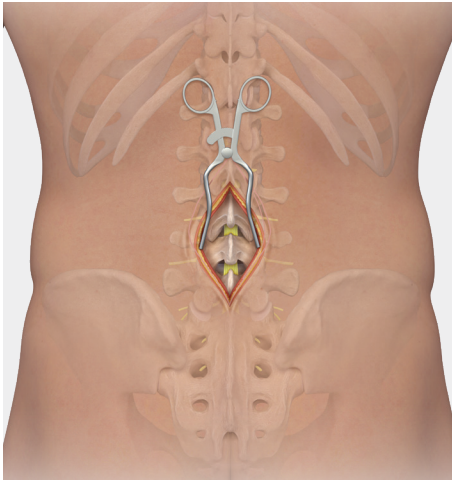


¿Cómo se compara la cirugía endoscópica con la cirugía abierta tradicional?

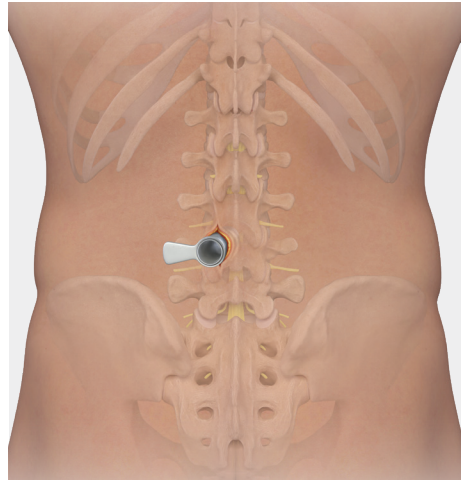
La cirugía de columna vertebral tradicional o abierta requiere una incisión grande. El cirujano disecciona los músculos paraespinales, que le permiten a su cuerpo inclinarse de un lado a otro, arquear, inclinar y girar el torso, y esto a menudo causa daño a dichos músculos. Además, la cirugía abierta a menudo requiere extirpar hueso para acceder a ciertas regiones.

La cirugía de columna vertebral endoscópica utiliza instrumental especializado que le permite al cirujano

visualizar el sitio quirúrgico específico, sin necesidad de incisiones grandes. Esto minimiza la alteración o el posible daño al tejido blando circundante, como los músculos paraespinales, y reduce la necesidad de extirpar hueso. En su lugar, el cirujano realiza una pequeña abertura para insertar un endoscopio y herramientas microquirúrgicas para abordar muchas condiciones que pueden requerir intervención quirúrgica.



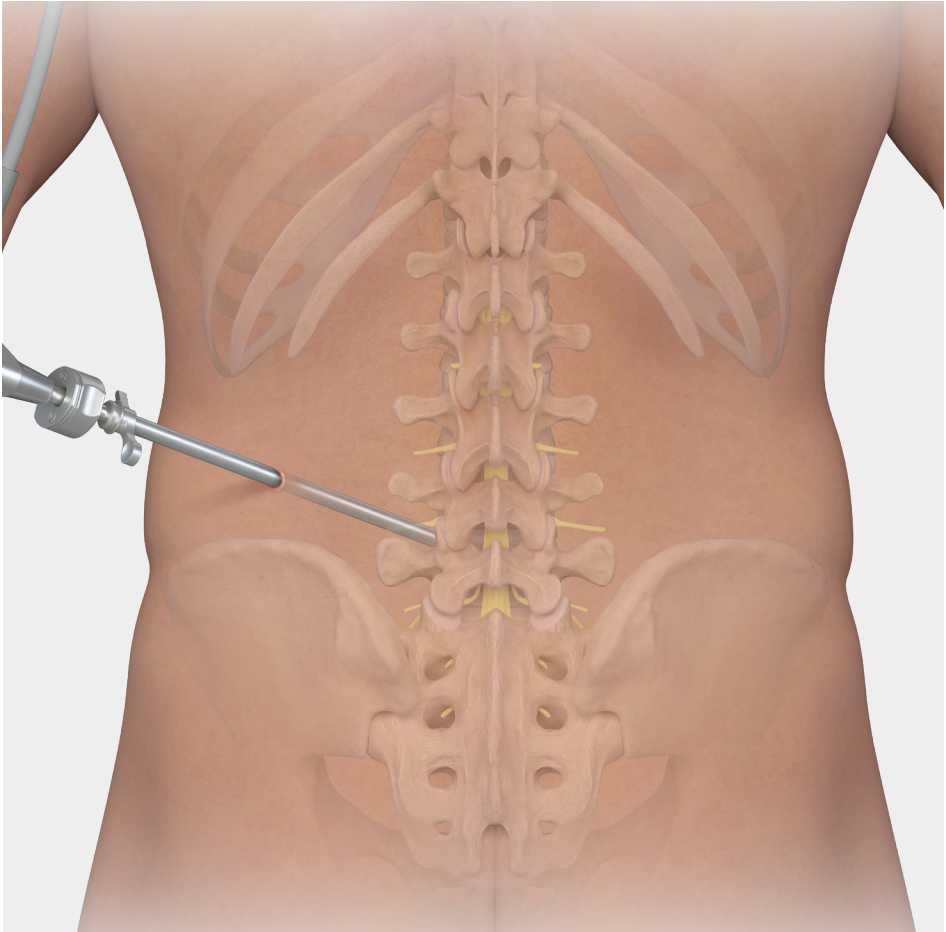
Procedimiento de la columna vertebral lumbar abierto



Procedimiento de la columna vertebral mínimamente invasivo (en general, requiere una incisión de 1 pulgada)

Los beneficios estudiados de los enfoques endoscópicos de la cirugía de la columna vertebral incluyen los siguientes:

- Menos complicaciones posoperatorias⁴
- Menor riesgo de infección⁵
- Recuperación más rápida, que incluye volver a la normalidad más rápido⁵
- Puede realizarse en un entorno ambulatorio, por lo que es posible que los pacientes vuelvan a su hogar el mismo día⁶
- Menor daño a los tejidos y músculos circundantes, lo cual puede causar menos dolor posoperatorio^{6,7}
- El endoscopio permite a los cirujanos visualizar el área afectada en tiempo real y brindar una intervención quirúrgica más precisa⁶



Enfoque endoscópico (en general requiere una incisión de 1 cm)

El procedimiento

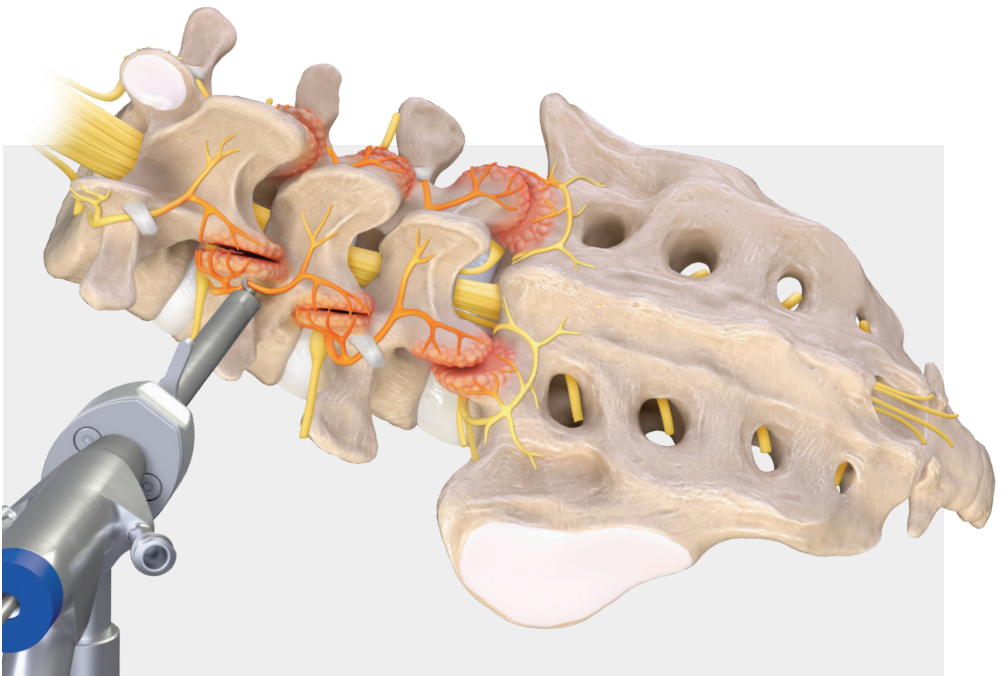
Transección endoscópica del nervio de la rama medial

Para tratar el impacto de la artrosis facetaria, el cirujano utilizará un enfoque endoscópico para encontrar el nervio de la rama medial y visualizarlo directamente. El cirujano realizará una incisión pequeña que permita pasar el endoscopio hacia cada nervio que se diagnostique como fuente del dolor. Cada incisión tiene una longitud aproximada de 1 cm.

Una vez que el endoscopio haya alcanzado el nervio a tratar, el cirujano cortará de forma permanente el nervio de la rama medial. Al cortar el nervio sensorial, los receptores neuronales

ya no podrán recibir señales de dolor transmitidas desde articulaciones cercanas con artrosis. Esto no tiene efecto en la función motriz o muscular del cuerpo.

El cirujano puede decidir recetarle tratamientos no quirúrgicos antes de pasar a la opción quirúrgica. Este procedimiento no es para todos. Consulte a su médico para conocer el mejor tratamiento para sus necesidades. La siguiente página describe quién puede ser un posible candidato para la MBT endoscópica.





¿Quién es candidato a la transección de la rama medial?

La mayoría de los pacientes que se someten a esta cirugía han experimentado dolor continuo o frecuente que a menudo limita la motricidad diaria e incluso puede interferir en el sueño. El enfoque endoscópico detecta con precisión la causa del dolor y la aborda en la fuente.

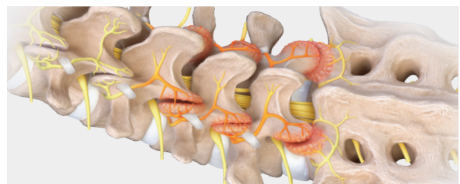
El cirujano puede recomendarle la MBT si otros tratamientos, como la fisioterapia, los bloqueadores de dolor o incluso otra cirugía de la columna vertebral, no resultaron beneficiosos para tratar problemas de espalda continuos relacionados con la artrosis facetaria.

Muchos pacientes sienten un alivio temporal con las inyecciones de esteroides epidurales, también denominadas bloqueadores de dolor, o la ablación por radiofrecuencia (RFA). Durante la RFA, se utiliza electrocauterización para quemar el nervio, pero nunca se visualiza de forma directa dicho nervio antes de la cauterización. Esto no corta la conexión del nervio, pero lo daña lo suficiente como para que no se puedan enviar ni recibir señales. Estos resultados suelen ser temporales y requieren más sesiones de tratamiento para continuar sintiendo el alivio. Los estudios han demostrado que la mejora de la función y la disminución del dolor pueden durar entre 6 y 12 meses después de la ablación por radiofrecuencia de la rama medial lumbar.⁸ Además, se

determinó que únicamente el 22 % de los pacientes reportó una reducción significativa del dolor en el seguimiento posoperatorio de 1 año para el tratamiento con RFA inicial.⁹

Durante la transección del nervio de la rama medial, el cirujano buscará visualizar directamente el nervio, cortar la conexión de forma permanente y ablacionar las fibras neuronales (nerviosas) que queden. Al hacer esto, ya no se podrán enviar señales sensoriales de dolor desde el área hacia el cerebro, lo que elimina la sensación de dolor. Un estudio determinó que el 75 % de los pacientes reportaron una reducción del dolor significativa incluso en el seguimiento posoperatorio de 5 años para la MBT endoscópica.¹⁰

En general, los candidatos a la MBT no tienen dolor, entumecimiento o debilidad específicos (lo que significa que no se pueden determinar con precisión el área específica de la que provienen estos síntomas). La cirugía puede ser una opción si el cirujano y el equipo de tratamiento pueden identificar la fuente anatómica específica de los síntomas y si la causa se puede tratar con un endoscopio.



Prepararse para la cirugía

Para muchos pacientes, aprender más sobre el procedimiento y escuchar a cirujanos y otros pacientes los ayuda a superar el temor a someterse a una cirugía.

Asegúrese de aclarar sus preguntas e inquietudes con su cirujano, quien también puede abordar los siguientes temas:

- Detalles del procedimiento
- Riesgos de la cirugía
- Alergias a los medicamentos
- Preparación para la cirugía
- Qué llevar al hospital
- Planificación del alta
- Preparación para el retorno al hogar después de la cirugía

El consultorio del médico le proporcionará información para programar cualquier prueba necesaria, pudiendo incluir lo siguiente:

- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Radiografías, TC y/o RM de la columna vertebral
- Autorización médica de un médico de cabecera o especialista

Al igual que con todas las cirugías de la columna vertebral endoscópica, los riesgos incluyen lesiones neurológicas, lesiones vasculares, lesiones viscerales, recurrencia, disestesia y descompresión incompleta. También pueden ocurrir

complicaciones adicionales, como un desgarro de la duramadre, hematoma, infección, inestabilidad y lesión de articulación facetaria y/o del músculo paravertebral.

Los endoscopios e instrumentos de Arthrex están indicados para la visualización del sitio intraoperatorio y la intervención quirúrgica durante los procedimientos endoscópicos y las cirugías mínimamente invasivas en la columna vertebral. En general, la cirugía de la columna vertebral endoscópica no está dirigida a pacientes que sufrieron o sufren un traumatismo de la columna, infección, inestabilidad o escoliosis grave o que tengan un problema patológico presente.

La información en esta guía es de naturaleza general. Tenga en cuenta que las decisiones quirúrgicas, el protocolo de recuperación y el abordaje posoperatorio son específicos para cada paciente y dependen de la orientación proporcionada por su médico.





Antes de la cirugía

Si hay algún cambio en su condición física, como fiebre, gripe, diarrea, sarpullido o resfriado, llame a su médico de atención primaria y al personal del cirujano lo antes posible.

En preparación para el día de la cirugía

- Báñese o dúchese la noche anterior o a la mañana del día de la cirugía. Nuestro cirujano puede solicitarle que use un lavado especial que está disponible sin receta médica para ayudar a prevenir infecciones.
- En la mayoría de los casos, ayune después de la medianoche de la noche anterior y llegue al hospital/ centro quirúrgico 2 horas antes de la cirugía.
- Traiga una forma de identificación con fotografía (por ejemplo, una licencia de conducir) y las tarjetas del seguro para presentarlas a los representantes de registro y admisión de pacientes.
- Hable con el personal del hospital, de enfermería y preoperatorio sobre cualquier inquietud.
- Hable sobre las opciones de anestesia, las cirugías previas y las reacciones adversas o alérgicas a la anestesia y el control del dolor con el cirujano y el especialista en anestesia.
- Coordine su traslado. Es poco probable que el cirujano lo autorice a conducir inmediatamente después de la cirugía. Por lo tanto, lo mejor es tener una persona que lo ayude a trasladarse y con el tratamiento posoperatorio.

Inmediatamente después de la cirugía

- Lo despertarán y lo llevarán a la sala de recuperación/unidad de cuidados posanestésicos (UCPA).
- Es posible que experimente algo de dolor posoperatorio temporal, lo cual es normal.
- Permanecerá en la sala de recuperación entre 1 y 2 horas. Luego, según el plan de tratamiento que se analizó antes de la operación con el cirujano, es posible que le den de alta o lo lleven a su habitación en el hospital.

Se deberá seguir minuciosamente la pauta terapéutica posoperatoria prescrita por el cirujano. Las instrucciones detalladas sobre las limitaciones de movimiento deben analizarse con el cirujano.

Fisioterapia: hable sobre su actividad diaria y la fisioterapia con el cirujano.

Planificación del alta: el cirujano debe compartir el plan antes de que usted acuda al hospital/centro quirúrgico para el procedimiento.

Restricciones/precauciones: pregúntele al cirujano cuáles serán sus restricciones después de una MBT endoscópica. El cirujano le proporcionará las instrucciones detalladas y limitaciones de movimiento, y le prescribirá una pauta terapéutica posoperatoria que deberá respetar estrictamente. Tenga en cuenta que puede haber limitaciones en las actividades diarias, como hacer ejercicio, bañarse, realizar actividad sexual y conducir, durante un período determinado. Y lo que es más importante; no permita que nadie (miembros de la familia, etc.) le fuerce a poner la espalda en posturas incómodas.

Retorno al trabajo: el retorno al trabajo depende de las exigencias de sus responsabilidades laborales y, por lo tanto, debe analizarse detalladamente con el cirujano.

Prevención de las infecciones y cuidado de las incisiones: siga las instrucciones del médico con respecto a los apósitos o el cuidado de heridas. No se rasque, limpie ni aplique cremas, lociones u otros tratamientos en la incisión hasta que haya visto al cirujano en el consultorio. Revise la herida todos los días para detectar signos de infección, que pueden incluir el enrojecimiento, la hinchazón, el aumento del dolor, el drenaje, la fiebre de más de 39 °C y/o el calor, especialmente fuera del apósito. Comuníquese con el consultorio del cirujano de inmediato si presenta alguno de estos síntomas. Por lo general, si se utilizaron suturas para cerrar la herida, se retirarán en el consultorio entre 7 y 10 días después del procedimiento quirúrgico.



Ejemplo de las visitas de seguimiento



El médico lo verá periódicamente para controlar las imágenes posoperatorias, examinar el área quirúrgica, monitorear la fisioterapia y hablar sobre sus actividades cotidianas. Si bien las evaluaciones pueden variar según el médico, a continuación verá algunos ejemplos de lo que podría ocurrir durante cada visita.

Evaluación de 1-2 semanas

- Revisión de la zona de la cirugía.
- Revisión del régimen de medicamentos recetado y evaluación del nivel de comodidad, control del dolor y movilidad

Evaluación de 1 mes

- Revisión de la zona de la cirugía.
- Revisión de la movilidad y evaluación de actividades de la vida diaria

Evaluación de 3 meses

- Evaluación del progreso de la recuperación general y abordaje de síntomas o limitaciones que continúen

Evaluación de 6 meses

- Evaluación del progreso de la recuperación general y abordaje de síntomas o limitaciones que continúen
- Posibles recomendaciones de tratamiento adicionales, como medicamentos o rehabilitación física adicional

Chequeo anual

El cirujano puede optar por reevaluarlo y a su espalda una vez al año para volver a examinar su columna vertebral, ver su rango de movimiento y fuerza y obtener imágenes nuevas. Los exámenes de seguimiento son importantes y le permiten a su cirujano proporcionarle información sobre su procedimiento de la columna vertebral, controlar su recuperación y garantizar que se esté curando de forma adecuada.



Referencias

1. Lewandrowski KU, Ransom NA, Yeung A. Return to work and recovery time analysis after outpatient endoscopic lumbar transforaminal decompression surgery. *J Spine Surg.* 2020;6(Suppl 1):S100-S115. doi:10.21037/jss.2019.10.01
2. Sairyo K, Matsuura T, Higashino K, et al. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for athletes. *J Spine.* 2013;S5(006):1-4. doi:10.4172/2165-7939.S5-006
3. Sivakanthan S, Williams JR, Feroze AH, et al. Endoscopic spine surgery in athletes: case series and review of literature. *World Neurosurg.* 2021;145:702-707. doi:10.1016/j.wneu.2020.08.211
4. Matsumoto M, Hasegawa T, Ito M, et al. Incidence of complications associated with spinal endoscopic surgery: nationwide survey in 2007 by the Committee on Spinal Endoscopic Surgical Skill Qualification of Japanese Orthopaedic Association. *J Orthop Sci.* 2010;15(1):92-96. doi:10.1007/s00776-009-1428-6
5. Ahn Y, Oh HK, Kim H, Lee SH, Lee HN. Percutaneous endoscopic lumbar foraminotomy: an advanced surgical technique and clinical outcomes. *Neurosurgery.* 2014;75(2):124-133. doi:10.1227/NEU.0000000000000361
6. Polikandriotis JA, Hudak EM, Perry MW. Minimally invasive surgery through endoscopic laminotomy and foraminotomy for the treatment of lumbar spinal stenosis. *J Orthop.* 2013;10(1):13-16. doi:10.1016/j.jor.2013.01.006
7. Ruetten S, Komp M, Merk H, Godolias G. Use of newly developed instruments and endoscopes: Full-endoscopic resection of lumbar disc herniations via the interlaminar and lateral transforaminal approach. *J Neurosurg Spine.* 2007;6(6):521-530. doi:10.3171/spi.2007.6.6.2
8. Kalichman L, Hunter DJ. Lumbar facet joint osteoarthritis: a review. *Semin Arthritis Rheum.* 2007;37(2):69-80. doi:10.1016/j.semarthrit.2007.01.007
9. Streitberger K, Muller T, Eichenberger U, Trelle S, Curatolo M. Factors determining the success of radiofrequency denervation in lumbar facet joint pain: a prospective study. *Eur Spine J.* 2011;20(12):2160-5. doi:10.1007/s00586-011-1891-6
10. Siddiqi F, Romero J, O'Donnel C, Hayes V. Five year long-term results of endoscopic dorsal ramus rhizotomy and anatomic variations of the painful lumbar facet joint. Paper presented at: Society for Minimally Invasive Spine Surgery Annual Conference. November 1-3, 2013; Las Vegas, NV.



La información contenida en este folleto no constituye un consejo médico y con ella no se pretende sustituir el asesoramiento de un cirujano u otro profesional médico calificado sobre el uso de estos productos. Deberá consultar con su médico u otro proveedor de salud para información adicional sobre su condición de salud y si los productos Arthrex podrían ser apropiados para usted. El cirujano que practique un procedimiento quirúrgico será el responsable de determinar y de usar las técnicas apropiadas en los procedimientos quirúrgicos para cada paciente individual. Arthrex recomienda que los cirujanos se capaciten en el uso de un producto determinado antes de utilizarlo en una cirugía. El cirujano debe confiar siempre en su propio criterio profesional a la hora de decidir si debe utilizar un producto en particular para tratar a un paciente determinado. El cirujano debe remitirse siempre al prospecto, a la etiqueta del producto o a las instrucciones de uso antes de utilizar cualquier producto de Arthrex. El abordaje posoperatorio es totalmente personalizable y depende de la evaluación del profesional a cargo del tratamiento. Los resultados individuales pueden variar y no todos los pacientes presentarán el mismo nivel de actividad posoperatoria ni los mismos resultados. Es posible que los productos no estén disponibles en todos los mercados, ya que la disponibilidad del producto está sujeta a las aprobaciones normativas y prácticas médicas de cada mercado. Comuníquese con Arthrex en caso de duda sobre la disponibilidad de los productos en su región.

arthrex.com

© 2025-03 Arthrex, Inc.
Todos los derechos reservados.
pLB1-000447-es-US_A

