

Fecha:

Nº de Historia

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE RODILLA

D./Dña.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

DNI

MÉDICO RESPONSABLE

HOSPITAL/SERVICIO

**LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN Y SU MÉDICO LE RESPONDERÁ A TODAS SUS PREGUNTAS. FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA ÚLTIMA PÁGINA.**

**USTED VA A SER INTERVENIDO DEL LADO**

### **PROCEDIMIENTO**

La técnica que se me va a realizar consiste en la introducción, dentro de la cavidad articular, y a través de pequeñas incisiones, de un fino artroscopio (cámara) para visualizar las posibles lesiones, y del instrumental necesario para repararlas.

El objetivo es mejorar el diagnóstico por visión directa de la articulación y facilitar su tratamiento sin necesidad de abrirla ampliamente, habitualmente para recortar un fragmento de menisco roto o suturarlo si es posible, pero también limpiar o reparar quistes, úlceras de cartilago, tejidos inflamados, o extirpar cuerpos libres o tumoraciones, reparar ligamentos, tomar biopsias etc.

El procedimiento habitualmente precisa de anestesia bien general, aunque puede efectuarse con anestesia de la cintura para abajo (raquídea). El Departamento de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

### **CONSECUENCIAS SEGURAS**

1. En la mayoría de los casos de lesión meniscal, se precisa la extirpación total o parcial delosmeniscos, con el cese de su función de amortiguación, que puede predisponer al desgaste precoz de la articulación. En aquellos casos donde es posible reparar la lesión meniscal mediante distintos tipos de sutura (hilos o implantes) se requiere una inmovilización posterior y un control de la carga. El tiempo de inmovilización y los cuidados en la carga del peso vendrá definida por el tipo de lesión. Su médico le indicará una vez finalizada la cirugía las pautas a seguir.
2. Después de la intervención presentará inflamación en la articulación que se traducirá en un derrame más o menos importante y molestias en la zona de las heridas debidas a la cirugía y proceso de cicatrización, que puede prolongarse algunas semanas o meses.

3. Para el éxito de esta intervención es imprescindible la colaboración del paciente en la realización precoz de ejercicios de rehabilitación, de los que recibirá las oportunas instrucciones. Con ello evitará la eventual atrofia muscular, o la corregirá conforme ejercite su musculatura.

### **DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS**

La cirugía artroscópica propuesta para el tratamiento de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ puede presentar complicaciones:

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, incluso con apertura amplia de la articulación, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad
- Derrames articulares que precisarían evacuación por punción.
- En pacientes con lesiones degenerativas asociadas (artrosis, por ejemplo), persistencia o incremento de las molestias propias de tal patología o la aparición de nuevos procesos como consecuencia de la alteración producida por la cirugía (necrosis óseas, descompensación del eje de carga...)
- En los pacientes donde se realiza una sutura meniscal con el uso de implantes y suturas, existe un mayor riesgo de presentar complicaciones debido a la inmovilización, carga parcial o descarga de la extremidad. Además el uso de material implantable puede ocasionar molestias locales o lesiones vasculonerviosas durante su colocación.
- Infección articular, que precisaría desde tratamiento antibiótico a la realización de nuevas operaciones y podría dejar secuelas de rigidez/dolor.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- Lesión de los nervios de la pierna que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Distrofia simpático refleja o rigidez de la rodilla, que puede llegar a ser severa y dolorosa, acompañada o no de inflamación importante y descalcificación de la zona (atrofia ósea), que precisaría de largos periodos de rehabilitación o incluso movilizaciones bajo anestesia o liberación quirúrgica.
- Fallo del instrumental (roturas) dentro de la articulación.
- Lesión de las estructuras intraarticulares por el instrumental empleado.

Toda estancia en un Centro Sanitario implica una serie de riesgos, como la infección nosocomial (infección contraída durante la estancia en el Centro Sanitario, que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación al momento del ingreso en dicho Centro). Estas infecciones pueden no estar directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico. Las más comunes son respiratorias y/o urinarias, aunque puede afectar a otros sistemas o regiones corporales

**RIESGOS PERSONALIZADOS (cumplimentar si procede)**

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación de la rodilla usando un bastón. La fisioterapia también puede ayudar a mejorar la función de la rodilla. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas no corrigiendo la posible alteración biomecánica, y, en ese caso, no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación.

**SITUACIONES ESPECIALES DE TRATAMIENTO.**

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 necesidad de dar ninguna explicación, 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.

A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigación relacionada. No se usará para fines comerciales. Si no da su consentimiento para ser utilizada en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso. En cualquier caso, se protegerá la confidencialidad en todo momento.

- ✓ He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento y el/la médico que me atiende me ha explicado el proceso de forma satisfactoria.
- ✓ Me ha informado de los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales y de otras alternativas posibles, así como de los posibles riesgos de su no realización.
- ✓ He recibido respuesta a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anteriormente expuesto y que la decisión que tomo es libre y voluntaria, así como que puedo retirar el consentimiento cuando lo desee.

Por lo tanto, **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

A causa de: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que se me propone:

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

A causa de: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACION:**

Firma del médico informante

Firma del paciente informado

Firma representante legal o testigo

Nº de colegiado:

DNI:

D./Dña.: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

A causa de: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_