

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 se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTROSCOPIA DE RODILLA**.....
He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.
2. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.
3. El propósito principal de la intervención es la reparación de lesiones meniscales, ligamentosas, tendinosas, extracción de cuerpos libres, regularización del cartílago lesionado o refrescamiento de la lesión osteocondral, para evitar las alteraciones mecánicas y el dolor que se produce durante el movimiento de la articulación. En casos de dolor de rodilla persistente sin diagnóstico, a pesar de las pruebas y exploración clínica practicada, puede estar indicada la artroscopia diagnóstica
4. La intervención consiste en la introducción dentro de la articulación de un sistema de lentes conectado a una cámara de vídeo que permite la visualización de las estructuras intraarticulares. Por otros accesos de similares características se introducen los instrumentos que permiten la reparación quirúrgica, lo que supone una ventaja en comparación con la cirugía convencional.
5. Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA

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 implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.
- e. Rigidez o limitación funcional de la rodilla y/o articulaciones vecinas.
- f. Recidiva de la patología tratada.
- g. Lesión de las estructuras de la rodilla por el instrumental empleado.
- h. Dolor en los portales de entrada por irritación de nervios superficiales.
- i. Inflamación y derrame postoperatorio.
- j. Necrosis cutáneas.
- k. Síndrome doloroso regional complejo.
- l. Síndrome compartimental.
- m. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- n. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, fisioterapia, infiltraciones. Cirugía abierta.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. 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 EXPLICACIÓN ALGUNA, 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.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTROSCOPIA DE RODILLA**.

En....., a de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO