

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE CODO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica quirúrgica se utiliza para el diagnóstico y tratamiento de inestabilidades, lesiones condrales y osteocondrales, sinovitis, extracción de cuerpos libres y como asistencia a la fijación de fracturas.

La intervención consiste en la introducción, a través de pequeñas incisiones (portales), de una fibra óptica conectada de una cámara de vídeo, dentro de articulación del codo lo que permite la visualización de forma directa de las estructuras intraarticulares y sus posibles lesiones. Por medio de esas incisiones se introducen los instrumentos necesarios para su tratamiento.

El tratamiento de las lesiones, en ocasiones, requiere el uso de implantes dentro del hueso, que pueden ser permanentes o retirados en una intervención posterior. En ocasiones, algunos de ellos se reabsorben con el tiempo.

Cabe la posibilidad, que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios o incluso tener que realizar el tratamiento mediante una cirugía abierta.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hematoma o lesión vascular.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso puede causar, de forma temporal o definitiva trastornos sensitivos y/o motores.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Persistencia del dolor, inestabilidad o déficit funcional.
- Fracturas de estructuras óseas cercanas durante la cirugía.
- Rotura de tendones o ligamentos cercanos.
- Aflojamiento, rotura o penetración articular de implantes o del instrumental quirúrgico.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivados del manguito de isquemia

(mantiene la zona quirúrgica libre de sangre).

- Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dolor, mala cicatrización, cambios en la sensibilidad, etc.).

La mayoría de estos problemas se resuelve con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Mala situación vasculo-nerviosa del miembro a operar.
- Infección activa.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Medicación para el control de los síntomas.
- Infiltraciones.
- Inmovilización de la articulación.
- Cirugía abierta.

AUTORIZACIÓN PARA "ARTROSCOPIA DE CODO"

Yo, D./Dª. , como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, parent/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: