

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA REUMATOLÓGICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención consiste en introducir una pequeña cámara de video (fibra óptica) dentro de la articulación, a través de una pequeña incisión, esto permite la visualización de forma directa de las estructuras intraarticulares y sus posibles lesiones. Por medio de estas incisiones se introducen también los instrumentos necesarios para su tratamiento.

Esta técnica se realiza principalmente para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la membrana sinovial y del cartílago que son las estructuras afectadas principalmente en la artritis y la artrosis. Se pueden realizar también procedimientos terapéuticos como la extirpación de la membrana sinovial (sinovectomía), extracción de cuerpos libres, o un lavado de la articulación con suero para retirar los residuos provocados por la enfermedad y que contribuyen a la inflamación y la afectación articular que padece.

La artroscopia permite realizar un tratamiento menos invasivo que en la cirugía abierta. Esta intervención se realiza con anestesia locoregional.

La finalidad de la técnica es diagnosticar y tratar si procede, las lesiones que afectan a las articulaciones para conseguir una recuperación de la movilidad articular y disminución del dolor.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección del procedimiento y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Infección de la herida o de la articulación.
- Lesión de vasos y nervios cercanos a la articulación, que pueden llevar a una disminución de la sensibilidad o lesiones nerviosas. Esta puede ser temporal o bien definitiva.
- Sangrado de la articulación con hematoma dentro o cerca de ella.
- Inflamación de la articulación.
- Rigidez articular o limitación funcional.
- Paso de suero a los alrededores de la articulación.
- Fracturas de estructuras óseas cercanas.
- Rotura de tendones o ligamentos cercanos.
- Distrofia simpático-refleja, que origina dolor candente acompañado de cambios en el color y temperatura de la piel, hipersensibilidad, sudoración e inflamación.
- Síndrome compartimental: dolor intenso y continuo, pérdida de sensibilidad, cambios en la coloración de la piel y pérdida de fuerza debidas a la compresión de vasos y, nervios o músculos próximos a la articulación.
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis con riesgo de embolismo pulmonar y graves consecuencias.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

- La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay 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

- Alergia conocida a los fármacos a utilizar.
- Infección del lugar de punción.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía abierta.

AUTORIZACIÓN PARA “ARTROSCOPIA REUMATOLÓGICA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Reumatología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____,

Fdo. Paciente: