

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROCENTESIS

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en extraer el líquido acumulado (derrame) en la cápsula que rodea una articulación.

Se limpia y desinfecta la zona de punción y bajo anestesia local se introduce una aguja fina hasta entrar en la cavidad articular. Con la ayuda de una jeringa, se extrae una muestra de líquido sinovial del interior de la articulación que se envía al laboratorio para conocer la naturaleza del derrame (infeccioso, sangre, etc.). En ocasiones, se puede aplicar algún medicamento como corticoide y/o anestésico, que ayude a la correcta evolución de la enfermedad. Tras la realización de la prueba sería beneficioso realizar reposo durante las siguientes 24/48 horas.

La finalidad es evitar la presión que ejerce el líquido acumulado en la articulación para aliviar el dolor y recuperar la movilidad, así como el diagnóstico de la enfermedad articular.

### 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 de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor, hematoma y/o inflamación en la zona de punción o en la articulación.
- Reacción vasovagal por el dolor (mareo, náuseas, sudoración, etc.).
- Infección articular o en el lugar de punción.
- Sangrado intraarticular.
- Ruptura de un tendón (excepcional).
- Daño del cartílago articular.
- Hemorragia por lesión de alguna estructuras vascular adyacentes.
- Rigidez y/o limitación de movimientos.
- Lesión de vasos y nervios cercanos que puede suponer una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o bien definitiva.
- Reacción alérgica o de intolerancia a los medicamentos o instrumental utilizados en el procedimiento.
- 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)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante
<input type="checkbox"/> .....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:

- Control del dolor con medicación, sin embargo no existen alternativas para el análisis del líquido articular.

## AUTORIZACIÓN PARA "ARTROCENTESIS"

Yo, D./D.<sup>a</sup> , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/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./D.<sup>a</sup> , 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:

---

**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: