

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE REALINEACIÓN DEL APARATO EXTENSOR DE LA RODILLA**

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

El procedimiento consiste en la ejecución de diversas técnicas para realinear (reajustar) el aparato extensor de la rodilla (músculo cuádriceps, rótula y tendón rotuliano), que se encuentra afectado de la dolencia con el fin de restaurar las funciones normales, que debe realizar la articulación.

Una alineación no correcta del aparato extensor de la rodilla, puede provocar: dolor, sensación de fallo de la rodilla y lesión en el cartílago.

La finalidad de la técnica es restaurar la correcta alineación de la rótula en su lugar anatómico normal.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

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

### **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:

- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivadas del uso del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección de la articulación de la rodilla.
- Rotura o estallido del hueso que a veces, según la gravedad del trastorno, es necesario manipular para transponerlo durante la intervención.
- Flebitis (inflamación de las venas) o tromboflebitis, que pueden desembocar en un tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) pulmonar que puede tener consecuencias fatales para el paciente.
- Inflamación de la membrana sinovial que cubre las articulaciones, que pueden ser de repetición.
- Incapacidad técnica de que se pueda corregir toda la desalineación, por lo que puede persistir el dolor o la inestabilidad rotuliana residuales.
- Lesión de los vasos y nervios cercanos a la articulación.
- Pérdida de la movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada y pérdida de fuerza de los músculos del área.
- Quemaduras por bisturí eléctrico.
- Uso de implantes hipoalergénicos.
- Aparición de lesiones cutáneas por los vendajes, sobre todo en pacientes mayores, con piel de cebolla.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

**Complicaciones de la herida quirúrgica:**

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas, permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

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**

No tiene.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

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

- Tratamiento con fármacos para el dolor y la inflamación.
- Limitar la actividad física y evitar movimientos fuertes de la articulación.
- Ejercicios de rehabilitación.

Con esto se pueden mejorar los síntomas solo de forma parcial, pero no se evitan nuevos episodios de luxación o tener que intervenir después.

**AUTORIZACIÓN PARA “CIRUGÍA DE REALINEACIÓN DEL APARATO EXTENSOR DE LA RODILLA”**

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:

---

**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: