

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA**

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

El procedimiento consiste en introducir dentro de la articulación de la rodilla un fino telescopio conectado a una cámara de video, a través de pequeñas incisiones, para poder explorar la articulación y localizar las posibles lesiones. También se introduce el instrumental necesario para repararlas.

La operación precisa de anestesia, que será valorada por el Anestesiólogo responsable, y quien le proporcione toda la información al respecto.

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

La finalidad de la técnica es diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afectan a la articulación de la rodilla sin tener que abrirla ampliamente.

### **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:

- Derrames articulares que pueden precisar evacuación por punción.
- Infección articular, que puede necesitar nuevas operaciones y podría dejar graves secuelas de rigidez y dolor.
- Flebitis o tromboflebitis, y eventualmente tromboembolismo pulmonar y que, de forma muy infrecuente, puede tener consecuencias fatales.
- Lesión de los vasos sanguíneos de la pierna. Si es irreversible puede requerir la amputación.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Lesión de los nervios de la pierna, que puede producir disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o definitiva.
- Rigidez de la rodilla, que puede llegar a ser severa y dolorosa.
- Lesión de las estructuras intraarticulares por el instrumental empleado.
- 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 médico.
- Limitar la actividad física.
- Rehabilitación.

Con todo ello puede mejorar los síntomas, pero sin detener el desgaste de la rodilla.

#### AUTORIZACIÓN PARA “ARTROSCOPIA DE RODILLA”

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: