

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA Y TENDOSCOPIA DE TOBILLO Y PIE**

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

A través de pequeñas incisiones, se hace llegar al interior de la rodilla un fino telescopio para ver las lesiones. También el instrumental para repararlas. Así se puede explorar la articulación y localizar las posibles lesiones, en el hueso o en las partes blandas, e intentar repararlas.

La operación precisa de anestesia, que puede ser general o local.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad principal de la intervención es conocer la causa y/o tratar diferentes lesiones que afectan a la articulación. También persigue disminuir o eliminar el dolor y mejorar el movimiento de la rodilla enferma.

### **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 técnica son:

- Dolor.
- Derrames articulares que pueden precisar evacuación por punción.
- Infección articular, que precisaría nuevas operaciones y podría dejar graves secuelas de rigidez y dolor.
- Hematoma.
- Lesión de los vasos de la pierna.
- Lesión de los nervios de la pierna, que puede producir disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o definitiva.
- Lesión de las estructuras intraarticulares por el instrumental empleado.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Lesión tendinosa.
- Necrosis cutáneas.
- Síndrome de Dolor Regional Complejo (dolor intenso y continuo, sensibilidad al tacto o al frío, hinchazón, cambios en la temperatura y color de la piel entre otros).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Embolia grasa.
- Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- Complicaciones por el uso del manguito de isquemia (se interrumpe durante poco tiempo la circulación de la sangre en una extremidad).

- Sangrado durante la intervención o tras ella. Puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad. Puede afectar al hueso.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia al material de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. 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 conservador con fisioterapia y fármacos para el dolor y la inflamación.
- Cirugía abierta.

### AUTORIZACIÓN PARA "ARTROSCOPIA Y TENDOSCOPIA DE TOBILLO Y PIE"

Yo, D./Dª \_\_\_\_\_, 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.ª \_\_\_\_\_, 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: