

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
EL TRATAMIENTO CON CIRUGÍA ARTROSCÓPICA.**

**1. DATOS DEL PACIENTE**

*Pegatina*

NOMBRE: .....

.....

D.N.I.: .....

**2. DATOS DEL REPRESENTANTE**

NOMBRE: ..... APELLIDOS: .....

D.N.I.: .....

VINCULACIÓN CON EL PACIENTE

Familiar o vinculado de hecho

Representante legal

**3. DATOS DEL MÉDICO**

*Sello facultativo*

NOMBRE: .....

.....

Nº COLEGIADO: .....

**4. DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN**

Deseo ser informado de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar:

SI

NO

Deseo que la información de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar, le sea proporcionada a D./Dña .....

## 5. PROCESO ASISTENCIAL

### 5.1. PROCEDIMIENTO

Consiste en la introducción de una pequeña cámara en la cavidad articular, a través de pequeñas incisiones, para visualizar y reparar las posibles lesiones.

El objetivo es mejorar el diagnóstico por visión directa de la articulación y facilitar su tratamiento sin necesidad de abrirla ampliamente. Los gestos que se pueden realizar son: suturar / recortar un menisco roto; limpiar quistes o úlceras en el cartílago; extirpar cuerpos libres, tumoraciones, tejidos inflamados / cicatriciales o que se interponen en la articulación; reparar ligamentos, desinserciones de la cápsula articular o defectos del cartílago; colocar en la articulación ligamentos artificiales; tomar biopsias; tratar problemas degenerativos de tendones; realineación de algún hueso; tratar paliativamente la artrosis de alguna articulación y por último tratar determinadas fracturas.

El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole del tipo de anestesia que precisará.

Puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de complicaciones.

Como usted ya sabe, está siendo atendido en un Hospital que tiene reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas, los cuales participarán activamente en su asistencia debidamente tutelados por sus docentes.

### 5.2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Puede ser necesario el uso de implantes metálicos u otros materiales. Puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención. A veces se utiliza un tendón o ligamento que puede obtenerse de otra parte del cuerpo o de un banco de tejidos.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algún tiempo.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

### 5.3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones de la cirugía artroscópica de .....  
.....del lado.....son:

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, incluso con apertura amplia de la articulación, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Derrames articulares que precisarían evacuación por punción.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.

- Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
- Hematomas de zonas adyacentes.
- Rotura del instrumental dentro de la articulación.
- Lesión de las estructuras intraarticulares por el instrumental empleado.
- Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima.
- Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.

De forma poco habitual pueden existir complicaciones como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa); inflamación importante desde la zona de la operación hacia el extremo de la extremidad, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental).

**5.4. RIESGOS PERSONALIZADOS**

Por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar:

- Que no existan riesgos personalizados.
- Que existan los siguientes riesgos:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5.5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación / utilizar férulas. La fisioterapia también puede ayudar a mejorar la función. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas no corrigiendo la posible alteración.

**5.6 CONTRAINDICACIONES**

En el caso de aparición de una infección activa o de un embarazo la cirugía estaría contraindicada. Si de ahora en adelante precisa medicación anticoagulante o para suprimir las defensas (inmunosupresores) o le aparecieran nuevas enfermedades, deberá comunicarlo con antelación.

## **6. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

### **DECLARO**

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hoja/s adjunta/s que contienen la información clínica

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el tratamiento con cirugía artroscópica.

En Segovia, a ..... de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....

## **7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

He decidido revocar mi anterior autorización

En Segovia, a ..... de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....