 **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

La intervención consiste en la introducción, dentro de la cavidad articular, y a través de pequeñas incisiones, de un fino telescopio para visualizar las posibles lesiones, y del instrumental necesario para repararlas. El objetivo es mejorar el diagnóstico por visión directa de la articulación y facilitar su tratamiento sin necesidad de abrirla ampliamente, habitualmente recortar un menisco roto, pero también limpiar quistes, úlceras, tejidos inflamados, o extirpar cuerpos libres o tumoraciones, reparar ligamentos, tomar biopsias, etc. El procedimiento habitualmente precisa anestesia general, aunque puede efectuarse con anestesia de la cintura para abajo. El anestesiólogo estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

En la mayoría de los casos de lesión meniscal, se precisa la extirpación total o parcial de los meniscos, con el cese de su función de amortiguación, que puede predisponer al desgaste precoz de la articulación, Después de la intervención presentará inflamación en la articulación que se traducirá en un derrame más o menos importante y molestias en la zona de las heridas debidas a la cirugía y proceso de cicatrización, que puede prolongarse algunas semanas o meses. Para el éxito de esta intervención es imprescindible la colaboración del paciente en la realización precoz de ejercicios de rehabilitación, de los que recibirá oportunas instrucciones. Con ello evitará la eventual atrofia muscular, o la corregirá conforme ejercite su musculatura.

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. · En pacientes con lesiones degenerativas asociadas (artrosis, por ejemplo), persistencia o incremento de las molestias propias de tal patología. · Infección articular, que precisaría nuevas operaciones y podría dejar graves secuelas de rigidez/dolor. 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 los vasos de la pierna que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva. · Rigidez de la rodilla, que puede llegar a ser severa y dolorosa, acompañada o no de inflamación importante y descalcificación de la zona (atrofia ósea), que precisaría de largos períodos de rehabilitación o incluso movilizaciones bajo anestesia o liberación quirúrgica. Fallo del instrumental (roturas) dentro de la articulación. Lesión de las estructuras intraarticulares por el instrumental empleado.

Riesgos personalizados Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos: ……………………………………………………………………………………..…………………

Alternativas de tratamiento Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación de la rodilla usando un bastón. La fisioterapia también puede ayudar a mejorar la función de la rodilla. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas no corrigiendo la posible alteración biomecánica, y en ese caso, no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada......) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_