

## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROSCOPIA DE OTRAS ARTICULACIONES (CODO, MUÑECA, CADERA, TOBILLO, ETC)**

1. El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afectan a esta articulación.
2. La intervención precisa anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención consiste en introducir dentro de la articulación del hombro una pequeña cámara de video a través de una pequeña incisión (que se denominan portales). Con ello se puede explorar bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que afectan a esta articulación. Habitualmente son necesarios otros portales para introducir instrumentos y poder tratar las lesiones.
4. La indicación de esta técnica la realiza su cirujano pero es un procedimiento que puede emplearse en el tratamiento de lesiones del codo (extracción de cuerpos libres, control de fracturas, sinovectomía, liberación de adherencias, etc.); de la muñeca (lesiones del fibrocartilago triangular, control de fracturas, exploración de la muñeca dolorosa de causa desconocida, sinovectomía, cuerpos libres, cuerpos extraños, lavados en artritis, biopsias, etc); de la cadera (cuerpos libres, cadera dolorosa de causa desconocida, sinovectomía, patología del rodete, etc.) y tobillo (cuerpos libres, osteocondritis, control de fracturas, sinovectomía, artritis, resección de osteofitos, etc.). Las indicaciones son cambiantes con el paso del tiempo y cada vez son más las lesiones que pueden ser tratadas con técnicas artroscópicas. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención.
5. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para ARTROSCOPIA DE HOMBRO, pueden ser entre otras:

- a. Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima.
- b. Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- c. Hemorragia
- d. Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- e. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- f. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
- g. Hematomas de zonas adyacentes.
- h. Distrofia simpático-refleja.
- i. Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
- j. Síndrome compartimental.
- k. Fallos y roturas del material empleado.
- l. Trombosis venosas y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

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

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

### **4. RIESGOS PERSONALIZADOS**

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

### **5. 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 articulación.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

### PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En.....a .....de.....de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA PACIENTE**

### REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente

En.....a .....de.....de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA REPRESENTANTE**

### 7. REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña ..... **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a ..... procedimiento de.....

En .....a .....de.....de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA PACIENTE**