

**ARTROSCOPIA DE RODILLA Y MENISCECTOMIA PARCIAL**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INFORMACION GENERAL**

El propósito principal de la intervención consiste en la extirpación o regularización del menisco lesionado para evitar la pérdida de estabilidad que se produce al quedar atrapadas partes del menisco entre el fémur y la tibia durante el movimiento de articulación, valorando el grado de lesiones degenerativas y la posible regularización de las mismas.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

**EN QUE CONSISTE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA Y MENISCECTOMIA PARCIAL**

La intervención consiste en la introducción por punción dentro de la articulación de un sistema de lentes conectado a una cámara de televisión que permite la visualización de las estructuras intraarticulares. Por otros accesos de similares características se introducen los instrumentos que permiten la extirpación y regularización de los meniscos u otras estructuras articulares, lo que supone una ventaja en comparación con la cirugía convencional.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

**RIESGOS DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA Y MENISCECTOMIA PARCIAL**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad,..., y los específicos del procedimiento:

- Dolor en los portales de entrada por irritación de nervios superficiales.

- Derrame postoperatorio.

- Dolor articular cuando existen alteraciones degenerativas del cartílago.

- Atrofia de la musculatura.

- Con menor frecuencia puede ocurrir trombosis venosa profunda, infecciones superficiales o profundas, pérdida de algún grado de movilidad y lesiones neuro-vasculares en relación con síndrome compartimental.

- Excepcionalmente se han descrito graves complicaciones vasculonerviosas que han dado lugar a lesiones irreversibles en el miembro afectado.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.)

ortopédico y/o rehabilitador pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

**QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY**

Tratamiento conservador con antinflamatorios y Rehabilitación para disminuir el dolor o en los casos en los que exista contraindicación quirúrgica.

Cirugía convencional con artrotomía y meniscectomía total.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

**Consentimiento**

Yo, Sr./a. doy mi consentimiento para que me sea realizada una **ARTROSCOPIA DE RODILLA Y MENISCECTOMIA PARCIAL.**

Se me ha facilitado esta hoja informativa, 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.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En la Ciudad de , a de de

**TESTIGO PACIENTE MEDICO**

 Dr.: D.N.I.: D.N.I.: M.N./M.P.:

**REPRESENTANTE LEGAL**

D.N.I.:

**Denegación o Revocación**

Yo, Sr./a. después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación

/ revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En la Ciudad de , a de de

**TESTIGO PACIENTE MEDICO**

 Dr.: D.N.I.: D.N.I.: M.N./M.P.:

**REPRESENTANTE LEGAL**

D.N.I.: