

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## MENISECTOMIA ARTROSCOPICA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

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 ver las estructuras articulares. Por otro acceso de similares características se introducen los elementos que permiten la extirpación y regularización de los meniscos.

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El propósito de la intervención consiste en la extirpación y regularización del menisco lesionado para evitar la pérdida de estabilidad que se produce al quedar atrapadas parte del menisco entre el fémur y la tibia durante el movimiento de la articulación. Tras la cirugía suelen desaparecer las crisis de bloqueos de esa rodilla así como los derrames de la articulación. El dolor producido por el atrapamiento del menisco mejora espectacularmente, si no existen lesiones asociadas.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Si el paciente no desea intervenir, puede intentarse tratamiento sintomático con analgésicos durante las crisis dolorosas.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Tras la cirugía es previsible que desaparezcan los bloqueos articulares así como los derrames articulares y el dolor meniscal.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Si no se interviene puede ocurrir que el fragmento de menisco inestable siga pellizcándose con los movimientos de rodilla ocasionando síntomas dolorosos, crisis de bloqueo, derrame articular y deterioro del cartílago hialino de las superficies en contacto en el fémur y la tibia.

### RIESGOS FRECUENTES

Dolor residual en las cicatrices.  
En los pacientes con lesiones degenerativas pueden quedar molestias residuales que pueden obligar al paciente a modificar su actividad.

### RIESGOS POCO FRECUENTES

Trombosis venosa profunda y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.  
Infección de la articulación que requeriría nuevo lavado y tratamiento antibiótico.  
Rigidez articular que podría requerir movilización bajo anestesia y/o sección de adherencias bajo control artroscópico.  
Lesión vascular que puede llevar a la amputación del miembro.  
Lesión nerviosa que puede provocar lesiones irreversibles.  
Síndrome compartimental.

### RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## MENISECTOMIA ARTROSCOPICA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **MENISECTOMIA ARTROSCOPICA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **MENISECTOMIA ARTROSCOPICA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO