

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE TEJIDOS BLANDOS

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

### PACIENTE

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

con domicilio en \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

### DECLARO

Que el Dr./Dra. \_\_\_\_\_

N° de Colegiado \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **TEJIDOS BLANDOS**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

#### 1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarse algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde que hora debe permanecer en ayunas.

2.- El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar las diferentes enfermedades que afectan a la articulación.

3.- La intervención precisa anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Re-animación.

4.- La intervención consiste en introducir dentro de la articulación una pequeña cámara de video a través de una pequeña incisión (que se denomina portal). Con ello, se puede explorar bajo visión directa una gran cantidad de los problemas que afectan a la articulación. Habitualmente son necesarios otros portales para introducir instrumentos y poder tratar las lesiones.

5.- La indicación de esta técnica la realiza un 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 fibrocartílago triangular, control de fracturas, exploración de la muñeca dolorosa de causa desconocida, sinovectomía, cuerpos libres, cuerpos extraños, lavados en artritis, biopsias, 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 pueden 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.

## 1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarse algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde que hora debe permanecer en ayunas.

6.- 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 y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

7.- Las complicaciones de la intervención quirúrgica para reparación o resección de tejidos blandos pueden ser, entre otras:

a) Infección de las heridas quirúrgicas 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) Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.

g) Hematomas en zonas adyacentes.

h) Distrofia simpático-refleja.

i) Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y muy poco frecuentes.

j) Síndrome compartimental.

k) Fallos y roturas del material empleado.

l) Trombosis venosas y, eventualmente, tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

8.- ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO. Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo e inmovilización de la articulación afectada. dicho tratamiento, posiblemente, sólo mejora los síntomas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo 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 respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán tomar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. 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 procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **TEJIDOS BLANDOS**:

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

**TESTIGO**

Yo, Sr./Sra. ....  
*(Nombre y dos apellidos del testigo)*

con DNI N° ..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

Sr./Sra. ....  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

que le ha entregado el Dr./Dra. ....  
*(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)*

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **TEJIDOS BLANDOS**:

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Sr./Sra. ....  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Yo, Sr./Sra. ....  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

Yo, Sr./Sra. ....  
*(Nombre y dos apellidos del testigo)*

**REVOCO** el Consentimiento prestado en fecha: ..... y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO