

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

El propósito principal de la intervención consiste en la extracción de cuerpos libres, regularización del cartílago lesionado y corrección de la lesión osteocondral, para evitar las alteraciones mecánicas y el dolor que se produce durante el movimiento de la articulación.

Características

La intervención consiste en la introducción por punción dentro de la articulación, de un sistema de lentes conectados a una cámara de vídeo que permite la visualización de las estructuras intraarticulares.

Por otros accesos de similares características se introducen los instrumentos que permiten la extracción de cuerpos libres, regularización osteocondral u otras estructuras articulares, lo que supone una ventaja en comparación con la cirugía convencional. La intervención precisa de anestesia, generalmente regional.

Riesgos

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 implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la artroscopia, no son frecuentes, pero se han descrito:

- Dolor en los puntos de entrada por irritación de nervios superficiales
- Derrame post operatorio
- Dolor articular cuando existen alteraciones degenerativas del cartílago
- Lesión de alguna rama sensitiva y/o motora nerviosa, produciendo pérdida de la sensibilidad en alguna zona o pérdida de fuerza
- 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

Se me ha informado que de existir contraindicación para la cirugía sólo podría usarse medidas paliativas como antiinflamatorios y rehabilitación, o bien cirugía convencional abierta.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA ARTROSCÓPICA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal