



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA
RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE UNA ARTROLISIS**

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en. y DNI nº.....

Don / Dña:
de: ... años de edad, con domicilio en. y DNI nº.....
en calidad de. (*Representante legal, familiar o allegado*) de:
..... (*Nombre y dos apellidos del paciente*)

DECLARO

Que el Dr:
(nombre y apellidos del médico que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE UNA ARTROLISIS**.

1. El propósito principal de la intervención es recuperar una movilidad funcional suficiente de la articulación.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia, quien le informará de los riesgos y complicaciones.
3. La intervención consiste en liberar las adherencias que restringen la movilidad y modificar o alargar las estructuras óseas, tendinosas, capsulares o musculares que puedan influir en esta limitación. En ocasiones puede realizarse una manipulación bajo anestesia. Si no es suficiente, se puede proseguir con una liberación articular mediante artroscopia. Si con ésta no fuera suficiente, se requiere la apertura de la articulación y la liberación de las adherencias “a cielo abierto”.
4. 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.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE UNA ARTROLISIS**, pueden ser:
 - a. Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima, pero en algunos casos puede desembocar en sepsis generalizada y muerte del paciente.
 - b. Lesión de estructuras vasculo-nerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE ARTROLISIS

- c. Hemorragia masiva de un gran vaso que puede ocurrir durante la intervención o posteriormente y que puede llegar a provocar una anemia aguda y muerte del paciente.
 - d. Rigidez articular y pérdida parcial o total de la movilidad de la articulación con posterioridad a la intervención, 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 a la articulación.
 - g. Daño de estructuras intra-articulares (cartílago articular, meniscos y ligamentos cruzados, etc.).
 - h. Hemartros y hematomas de zonas adyacentes.
 - i. Algoneurodistrofia (Síndrome de dolor regional complejo tipo I).
 - j. Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
 - k. Extravasación de líquido a los tejidos circundantes.
 - l. Síndrome compartimental.
 - m. Fallos y roturas del material o instrumental empleado.
 - n. Flebitis o Tromboflebitis y eventualmente tromboembolismo pulmonar que puede provocar la muerte del paciente.
 - o. Miositis osificantes.
 - p. Problemas de cicatrización cutáneos, ya que al recuperar la movilidad articular, la zona cutánea que estaba contraída se ve sometida a tensión.
 - q. Recurrencia de la rigidez que requiera nuevas intervenciones.
 - r. RIESGOS PERSONALIZADOS:.....
.....
6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar algún tipo de maniobra o intervención no informada previamente.

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.

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIGIDEZ ARTICULAR MEDIANTE UNA ARTROLISIS.**

En.....(Lugar y Fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE

REVOCACIÓN

Don / Dña:

de: ... años de edad, con domicilio en. y DNI nº.....

Don / Dña:

de: ... años de edad, con domicilio en. y DNI nº.....

en calidad de. (*Representante legal, familiar o allegado*) de:

..... (*Nombre y dos apellidos del paciente*)

Revoco el consentimiento prestado en fecha., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.(Lugar y Fecha)

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE