



## DOCUMENTO DE **CONSENTIMIENTO INFORMADO** PARA **RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS DE LA RODILLA**

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 o tratamiento.

### **PACIENTE**

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

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

Yo, D./Dña. ....de. años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

### **DECLARO**

Que el **DR. JAVIER ROMERO FERNÁNDEZ**, con N.º de Colegiado **112104130** me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS DE LA RODILLA**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

#### **1. PREOPERATORIO**

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

#### **2. PROCEDIMIENTO**

La rodilla es la articulación donde encaja el hueso del muslo (fémur) con el hueso de la pierna (tibia). El ligamento cruzado anterior se encuentra situado en el centro de la articulación y tiene la función de estabilizar la rodilla junto con otras estructuras. Su rotura puede producir episodios repetidos de "fallo" que cursan con dolor y, a veces, con derrame de la rodilla y que, a medio o largo plazo, suele provocar una degeneración de la articulación. Muy frecuentemente la rotura del ligamento cruzado anterior se acompaña de otras lesiones en la rodilla: de los meniscos, del cartílago o de los ligamentos.

La intervención consiste en la reconstrucción del ligamento, ya sea con otro tendón de la rodilla, con un ligamento de un donante o con otro artificial sintético. Para su anclaje es necesario realizar unos túneles a través del hueso y fijarlo con implantes metálicos.

El objetivo del procedimiento es el de mejorar la función de la rodilla, dotar a la articulación de una mayor estabilidad y retrasar la progresión de las lesiones.

La intervención precisa de anestesia general o bien de anestesia raquídea (de cintura para abajo). El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de dos de las complicaciones principales: aparición de trombosis en las venas o infección después de la operación, se le administrará la medicación oportuna.





### 3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la intervención presentará dolor en la zona de la rodilla, debidos a la cirugía y a la adaptación de los músculos de la zona. Estas molestias pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.

Precisará guardar reposo en cama unos días y posteriormente recibirá instrucciones sobre la rehabilitación a realizar y sobre cómo utilizar las muletas. Además, puede necesitar una rodillera o escayola durante algún tiempo. En algunos casos es necesaria una segunda operación para retirar los implantes metálicos colocados, cuando provoquen algún tipo de molestias y una vez que hayan cumplido su función.

### 4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR puede presentar complicaciones:

- a) 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.
- b) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- c) Infección: ésta puede ser superficial (se puede resolver con limpieza local y antibióticos) o profunda (generalmente hay que retirar el implante). Dicha complicación puede aparecer incluso meses después de la intervención.
- d) Lesión de los vasos de la pierna. Si la lesión es irreversible puede requerir la amputación de la extremidad.
- e) Lesión de los nervios de la pierna que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- f) Rigidez de la rodilla por la formación de una cicatriz adherente que puede requerir una movilización bajo anestesia. Esta rigidez puede aparecer aislada o acompañada de inflamación importante y descalcificación de la zona (atrofia ósea).
- g) Persistencia o reaparición de inestabilidad en la rodilla, habitualmente por desinserción o rotura del nuevo ligamento.
- h) Aparición de fracturas en las zonas donde se extrae el tendón que sirve como injerto o por los túneles óseos donde se ancla el nuevo ligamento.
- i) Atrofia muscular importante.
- j) Derrames de repetición en la rodilla.
- k) Aparición de artrosis de rodilla.
- l) Rechazo del implante cuando éste proviene de un donante o bien es uno sintético/artificial.

### 5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio durante un tiempo y efectuar reposo relativo, evitando la actividad intensa y deportiva. Precisará de fisioterapia intensiva. La rodilla puede protegerse con la utilización de una rodillera con unos ejes metálicos laterales, de forma continua o durante la actividad deportiva. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas pero puede que no evite los fallos de dicha rodilla o que no detenga el desgaste progresivo de la articulación que le hagan necesario una intervención posterior.

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 qui-





rúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto 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 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 **RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR:**

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

Fdo. DR. ROMERO FERNÁNDEZ

Fdo. EL/LA PACIENTE

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

## TESTIGO

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el **Dr. Javier Romero Fernández.**

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 **RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS DE LA RODILLA.**

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

Fdo. DR. ROMERO FERNÁNDEZ

Fdo. EL/LA TESTIGO





## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho))

Yo, D./Dña.....  
(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. DR. ROMERO FDEZ.    Fdo. EL/LA PACIENTE                      Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL                      Fdo. EL/LA TESTIGO  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

### TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 le informamos que la información que nos facilita será utilizada por JAVIER ROMERO FERNANDEZ, con dirección en C/ SAN JOSE, 7, 1ª PLANTA, 11003, CADIZ, con el fin de prestarles el servicio solicitado, así como la gestión administrativa y contable. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos, así como cualesquiera derechos reconocidos en el RGPD 2016/679.

