

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: es una cirugía para la sustitución del ligamento cruzado anterior (LCA) por otra estructura que realice idéntica función, y recibe el nombre de ligamentoplastia. Este ligamento tiene una mínima capacidad de curación, cuando se rompe de forma completa, no puede esperarse su curación espontánea, por lo que precisa su sustitución para recuperar la función perdida. El propósito principal de la intervención de reconstrucción del LCA es la reparación o sustitución del mismo, así como de las lesiones asociadas que pudieran ser reparadas, con el fin de dotar a la rodilla de la estabilidad perdida.

2. ¿Cómo se realiza?: mediante cirugía se sustituye al ligamento dañado por otra estructura que podrá ser orgánica o inorgánica, dependiendo de si procede de ser vivo, o de fabricación artificial. En la mayoría de los casos, se utilizarán tendones humanos, con o sin fragmentos óseos en sus extremos. Son tomados del/de la propio/a paciente, o de donantes multiorgánicos. En pocas ocasiones la lesión del LCA es aislada, por lo que puede ser necesaria una evaluación quirúrgica de lesiones asociadas de los ligamentos, meniscos, y cartílago articular.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** sinovitis (derrames de líquido en la articulación) de repetición. Rigidez o pérdida de movilidad en la articulación de la rodilla. No obtención de una estabilización adecuada de la rodilla. Dolor o molestias en zona donante (cara anterior rodilla o detrás del muslo- rodilla).
- **Infrecuentes (menos del 10%):** infección de la herida operatoria. Distrofia simpático-refleja o enfermedad de Sudeck (dolor y tumefacción difusos en rodilla y pierna sin una causa aparente que lo justifique). Flebitis o tromboflebitis. (complicaciones infrecuentes (<1%): Hemorragia masiva por afectación de un gran vaso, que en algunos casos puede llevar a la amputación del miembro u ocasionar la muerte. Lesión o afectación de los nervios adyacentes que podrían ocasionar trastornos sensitivos y/o motores permanentes, bien por la cirugía en sí o por la utilización del manguito de isquemia. Rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención. Problemas vasculo-nerviosos secundarios. Trombosis venosa profunda, que puede dar lugar en el peor de los casos a embolismo pulmonar y muerte.

4. Consecuencias previsibles de su realización: obtener una rodilla lo más estable posible, funcionalmente mejor que la provocada por la lesión de los elementos estabilizadores en el traumatismo. No suele quedar exactamente igual que antes del accidente. pero sí se obtiene una mejoría importante en la estabilidad y seguridad y la sensación de fallo, suele desaparecer casi por completo. La recuperación completa de este tipo de intervención puede oscilar entre 4 y 12 meses, según las lesiones asociadas y el tipo de actividad del/de la paciente.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: si la actividad física del paciente es importante, se producirán episodios de sinovitis, rotura de los meniscos y lesiones del cartílago articular de cóndilos femorales y rótula. Si el/la paciente no cambia de forma estricta sus hábitos de vida (y en ocasiones aunque lo haga), es probable que necesite ser intervenido de los meniscos y, lo que es peor, que aparezca artrosis.

6. Alternativas: si los síntomas son poco acusados, el/la paciente tiene más de 35-40 años y su actividad física no implica giros imprevistos, terreno irregular o deportes de contacto, es posible indicar un programa de rehabilitación específico y una rodillera para actividades concretas. De todos modos si los fallos aumentaran o se produjeran derrames en la rodilla sería conveniente realizar la intervención quirúrgica.

7. Riesgos en función de su situación: 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/as como quirúrgicos/as, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____