

Meniscectomía artroscópica

1. Identificación y descripción del procedimiento

La intervención consiste en la introducción por punción dentro de la articulación de un sistema de lentes conectado a una cámara de televisión que permite la visualización de las estructuras intraarticulares. Por otro acceso de similares características se introducen los instrumentos que permiten la extirpación y regularización de los meniscos.

La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El propósito principal de la intervención consiste en la extirpación o regularización del menisco lesionado para evitar la pérdida de estabilidad que se produce al quedar atrapadas partes del menisco entre el fémur y la tibia durante el movimiento de articulación, valorando el grado de lesiones degenerativas y la posible regularización de las mismas.

Tras la intervención suelen desaparecer las crisis de bloqueos de esa rodilla, así como los derrames de la articulación. El dolor producido por el atrapamiento del menisco lesionado mejora espectacularmente tras la meniscectomía, si no existen lesiones asociadas.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Si el paciente no desea intervenir, puede seguir tratamiento sintomático con medicación mediante analgésicos y antiinflamatorios en las crisis dolorosas.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Tras la meniscectomía artroscópica es previsible que desaparezcan los bloqueos articulares, así como los derrames articulares y el dolor meniscal, si no existen lesiones degenerativas asociadas..

5. Consecuencias previsibles de la no realización

Si no se interviene, es posible que el fragmento de menisco inestable siga pellizcándose con los movimientos de rodilla, ocasionando molestias dolorosas, crisis de bloqueos, derrame articular y deterioro del cartílago hialino de las superficies en contacto en el fémur y la tibia.

6. Riesgos frecuentes

Dolor residual en los portales de entrada (cicatrices). En pacientes con lesiones degenerativas pueden quedar molestias residuales que pueden obligar al paciente a modificar su actividad.

7. Riesgos poco frecuentes

Trombosis venosa profunda y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias. Infección de la articulación que requeriría lavado artroscópico y tratamiento con antibiótico o eventualmente artrotomía. Rigidez articular que podría requerir movilización bajo anestesia y/o sección de adherencias bajo control artroscópico o artrotomía. Lesión vascular que puede llevar a la amputación del miembro o eventualmente a la muerte. Lesión nerviosa por afectación de los nervios adyacentes que puede llevar a lesiones neurológicas irreversibles. Síndrome compartimental. Algodistrofia simpático-refleja.

8. Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente

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. Para

disminuir éstas, es necesario que el paciente advierta al médico sobre sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia agravante.

9. Declaración de consentimiento

D./DÑA: _____ , de _____ años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)
edad con domicilio en _____ ..y DNI N° _____ ..

D./DÑA: _____ , de _____ años de
(Nombre y dos apellidos)
edad con domicilio en _____ ..y DNI N° _____ ..

en calidad de _____ .de _____ .
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Que el Doctor/a _____ me ha explicado que es conveniente/necesario,
en _____ mi _____ situación _____ la _____ realización _____ de
_____ y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En _____ , a _____ de _____ de 20_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente

10. Revocación del consentimiento

D./DÑA: _____ , de _____ años de
(Nombre y dos apellidos del paciente)
edad con domicilio en _____ ..y DNI N° _____ ..

D./DÑA: _____ , de _____ años de
(Nombre y dos apellidos)
edad con domicilio en _____ ..y DNI N° _____ ..

en calidad de _____ .de _____ .
(Representante legal, familiar o allegado) (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 _____ , a _____ de _____ de 20_____ .

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente