

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR (AUTOINJERTOS, MOSAICOPLASTIAS, PERFORACIONES, ALOINJERTOS, AUTOTRASPLANTE DE CONDROCITOS CULTIVADOS)

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/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./la Dra.....  
*(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)*

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR (AUTOINJERTOS, MOSAICOPLASTIAS, PERFORACIONES, ALOINJERTOS, AUTOTRASPLANTE DE CONDROCITOS CULTIVADOS)**. 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. El propósito principal de la intervención es intentar restaurar el cartílago articular y disminuir el deterioro progresivo de la articulación.

3. La intervención precisa anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. Las intervenciones que principalmente pueden realizarse son:

- 4.1. Perforaciones: consiste en perforar el hueso de debajo del cartílago para que se cree un tejido cicatricial parecido al cartílago sano.
- 4.2. Autoinjertos: consiste en extraer cilindros de cartílago y hueso de zonas de descarga para colocarlos en la zona de cartílago dañado.
- 4.3. Mosaicoplastia: es una variante de autoinjerto en el que se extrae uno o varios cilindros de hueso y cartílago y se incrustan en la zona dañada.
- 4.4. Aloinjerto: consiste en sustituir la zona lesionada por una pieza similar tallada procedente de un donante cadáver humano.
- 4.5. Autotrasplante de condrocitos cultivados: en una primera intervención se extraen, mediante artroscopia, unos pequeños fragmentos de cartílago sano que se cultivan en un banco de tejidos. En una segunda intervención se implantan estas células de cartílago cultivadas. En la actualidad, ésta es una técnica de uso tutelado por el Insalud y sólo es posible su realización en algunos centros reconocidos.

5. Debe ser el especialista que le trata quien debe recomendarle la técnica más adecuada para su caso específico.



6. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso. Estos implantes pueden ser permanentes o bien puede ser necesaria su retirada en una segunda intervención.

7. 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.

8. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO QUIRÚRGICO REPARADOR DE LAS LESIONES DEL CARTÍLAGO ARTICULAR pueden ser, entre otras:

- a) Infección de las heridas quirúrgicas o de la articulación.
- b) Fracaso de la reparación del cartílago, que puede suponer la necesidad de otra intervención quirúrgica.
- c) Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- d) Hemorragia.
- e) Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
- f) Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
- g) Rotura de tendones o ligamentos adyacentes.
- h) Hematomas en zonas adyacentes.
- i) Distrofia simpático-refleja.
- j) Síndrome compartimental.
- k) Fallos y roturas del material empleado.
- l) Trombosis venosa y, eventualmente, tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

#### 9. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, procurar limitar la actividad física, evitando los movimientos intensos. Precisaré un programa de rehabilitación. Con dicho tratamiento sólo mejoran parcialmente los síntomas no consiguiendo, por lo general, evitar nuevos episodios de dolor o un deterioro progresivo de la articulación.

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 quirúrgica 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 **CIRUGÍA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR (AUTOINJERTOS, MOSAICOPLASTIAS, PERFORACIONES, ALOINJERTOS, AUTOTRASPLANTE DE CONDROCITOS CULTIVADOS) DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

**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./la Dra.....  
*(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)*

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 **CIRUGÍA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR (AUTOINJERTOS, MO-SAICOPLASTIAS, PERFORACIONES, ALOINJERTOS, AUTOTRASPLANTE DE CONDROCITOS CULTIVADOS) DE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

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. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO

