

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

**DESEO QUE LA INFORMACIÓN** de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:

<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las Intervenciones que principalmente pueden realizarse son:

1. Perforaciones: Consiste en perforar en hueso de debajo del cartílago para que se cree un tejido cicatricial parecido al cartílago sano.
2. Autoinjertos: Consiste en extraer fragmentos de cartílago y hueso de zonas sanas que no soporta peso para fijarlas en las zonas sin cartílago y sometidas a carga y desgaste.
3. Mosaicoplastia: Es una variante de autoinjerto en los que se extraen uno o varios cilindros de hueso y cartílago y se incrustan en la zona dañada.
4. Aloinjerto: Consiste en sustituir la zona lesionada por una pieza similar tallada procedente de un donante cadáver humano.
5. Autotrasplante de condrocitos cultivados: En una primera intervención se extrae 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 esta es una técnica de uso tutelado por el Sescam y solo es posible su realización en algunos centros reconocidos.

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

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 un segunda intervención.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito principal de la intervención es intentar restaurar el cartílago articular y disminuir el deterioro progresivo de la articulación.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación de la rodilla usando un bastón. La fisioterapia también puede ayudar a mejorar la función de la rodilla. Dicho tratamiento solamente mejora los síntomas no corrigiendo la posible alteración biomecánica, no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Después de la intervención presentará inflamación en la articulación que se traducirá en un derrame más o menos importante y molestias en la zona de las heridas debidas a la cirugía y proceso de cicatrización, que puede prolongarse algunas semanas o meses. Para el éxito de esta intervención es imprescindible la colaboración del paciente en la realización precoz de ejercicios de rehabilitación, de los que recibirá las oportunas instrucciones. Con ello evitará

la eventual atrofia muscular, o la corregirá conforme ejercite su musculatura.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

#### RIESGOS FRECUENTES

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

1. Infección de las heridas operatorias o de la articulación.
2. Fracaso de la reparación del cartílago, que puede suponer la necesidad de otra intervención quirúrgica.
3. Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
4. Hemorragia.
5. Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
6. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
7. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
8. Hematomas de zonas adyacentes.
9. Distrofia simpático-refleja.
10. Síndrome compartimental.
11. Fallos y roturas del material empleado.
12. Trombosis venosas y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.
13. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

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 implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

#### RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

#### RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:.....

#### CONTRAINDICACIONES

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA