

Documento de consentimiento informado para cirugía reparadora del cartílago articular (autoinjertos, mosaicoplastias, perforaciones, aloinjertos, autotransplante de condrocitos cultivados)

D/Doña _____(Nombre y apellidos del paciente),de _____años de edad, con domicilio en _____

con DNI número _____

D/Doña _____(Nombre y apellidos),de _____años de edad, con domicilio en _____

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

DECLARO

Que el Dr. /Dra. _____(Nombre y apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una intervención QUIRURGICA REPARADORA DEL CARTILAGO ARTICULAR

1. El propósito principal de la intervención es intentar restaurar el cartílago articular y disminuir el deterioro progresivo de la articulación.
2. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
3. La intervención que principalmente pueden realizarse son:
 - a. Perforaciones: Consiste en perforar en hueso de debajo del cartílago para que se cree un tejido cicatricial parecido al cartílago sano.
 - b. Autoinjertos: Consiste en extraer fragmentos de cartílagos y huesos de zonas sana que no soportan peso para fijarlas en la zonas sin cartílago y sometidas a carga y desgaste.
 - c. 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.
 - d. Aloinjerto: Consiste en sustituir la zona lesionada por una pieza similar tallada procedente de un donante cadáver humano.
 - e. 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 Insalud y solo es posible su realización en algunos centros reconocidos.
4. Debe ser el especialista que le trata quien debe recomendarle la técnica mas adecuada para su caso específico.
5. 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.
6. 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.

7. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO QUIRURGICO REPARADOR DE LAS LESIONES DEL CARTILAGO ARTICULAR, pueden ser entre otras:
- Infección de las heridas operatorias o de la articulación.
 - Fracaso de la reparación del cartílago, que puede suponer la necesidad de otra intervención quirúrgica.
 - Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
 - Hemorragia.
 - Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
 - Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
 - Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
 - Hematomas de zonas adyacentes.
 - Distrofia simpático-refleja.
 - Síndrome compartimental.
 - Fallos y roturas del material empleado.
 - Trombosis venosas y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.
8. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo medico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones,

CONSENTO

Que se me realice una TECNICA QUIRURGICA REPARADORA DEL CARTILAGO ARTICULAR _____

En _____, a _____ de _____ de 2 _____.

Fdo: El/la Medico

Fdo: El paciente.

Nº de Colegiado _____

REVOCAION

D/Doña _____(Nombre y apellidos del paciente),de _____años de edad, con domicilio en _____ con DNI número _____

D/Doña _____(Nombre y apellidos),de _____años de edad, con domicilio en _____ con DNI número _____ en calidad de _____(Representante legal, familiar o allegado) de _____(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 2 _____.

Fdo.: El/la Medico

Fdo.: El paciente.

Nº de Colegiado _____

D.N.I.