

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, este 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)*

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 DEL ASTRÁGALO**..... 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. *La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.*
3. *El propósito principal de la intervención es intentar restaurar el cartílago articular y disminuir el deterioro progresivo de la articulación.*
4. *Los procedimientos quirúrgicos que pueden realizarse, entre los que su traumatólogo elegirá el que más le beneficie, son los siguientes: Microfracturas: que consisten en perforar el hueso de debajo del cartílago para que a través de esos túneles se forme un tejido cicatricial parecido al cartílago normal. Injerto osteocondral: consiste en extraer cilindros de cartílago y hueso, generalmente de una zona de la rodilla que no es de carga, para colocarlos en la zona del cartílago dañado. Aloinjerto: consiste en sustituir la zona lesionada por una pieza similar tallada procedente de un donante cadáver humano. Autotransplante de condrocitos cultivados: Se extraen pequeños fragmentos de cartílago sano y se cultiva en un banco de tejidos. En una segunda intervención se implantan las células de cartílago cultivadas. Autotransplante de células mesenquimales obtenidas de concentrado medular o adiposo, que pueden implantarse en un mismo tiempo quirúrgico, o cultivadas e implantadas en una segunda cirugía. Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de matrices o andamiajes que favorezcan la condrogénesis. Estas técnicas pueden realizarse mediante cirugía abierta, artroscópica o ambas, a criterio del cirujano según el tipo de lesión. La reparación del cartílago articular puede precisar de gestos quirúrgicos asociados en muchas ocasiones, como son la reparación de una inestabilidad o la corrección de deformidades de los ejes del pie o tobillo.*
5. *Excepcionalmente pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.*

### RIESGOS DE LA CIRUGIA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR DEL ASTRÁGALO

*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) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:*

- a. *Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.*
- b. *Hematoma o lesión vascular.*
- c. *Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.*
- d. *Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.*
- e. *Fracaso de la reparación del cartílago, que puede suponer la necesidad de otra intervención quirúrgica.*
- f. *Fracturas.*
- g. *Lesiones de tendones o ligamentos adyacentes.*
- h. *Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.*
- i. *Cicatrices dolorosas.*
- j. *Amputación parcial o total de la extremidad.*
- k. *Síndrome de Dolor Regional Complejo.*
- l. *Síndrome compartimental.*
- m. *Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).*
- n. *Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.*

## ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR DEL ASTRÁGALO

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador médico sintomático, infiltraciones, fisioterapia y uso de ortesis.

Mediante la firma del presente documento declaro que 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 que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a 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 EXPLICACIÓN ALGUNA, 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.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGIA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR DEL ASTRÁGALO.**

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

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

## 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.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR  
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO