

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA**  
**RECEPCIÓN DE INJERTO OSTEOTENDINOSO ALOGÉNICO**

Don / Dña: .....  
de: ... años de edad, con domicilio en ..... y  
DNI n°. ....

Don / Dña: .....  
de: ... años de edad, con domicilio en ..... y  
DNI n°. ...., en calidad de ..... (*Representante legal, familiar  
o allegado*) de: .....  
(*Nombre y dos apellidos del paciente*)

**DECLARO**

Que el Dr: **PABLO CARNERO MARTÍN DE SOTO (CNP 2910483)**  
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON USO DE INJERTO OSTEOTENDINOSO ALOGÉNICO**

1. El propósito principal de la intervención es la reconstrucción de pérdidas de sustancia ósea causadas por infecciones, quistes, resección de tumoraciones benignas o malignas, defectos óseos en torno a prótesis articulares de cadera, rodilla u otras localizaciones, defectos congénitos o pérdidas óseas en traumatismos, establecer puentes óseos en articulaciones que precisen artrodesis, proporcionar topes óseos para limitar la movilidad, favorecer la curación de una pseudartrosis, estimular la consolidación ósea o llenar defectos en retardos de consolidación u osteotomías, etc. También en este sentido son utilizados injertos tendinosos u osteotendinosos para la reconstrucción de ligamentos lesionados.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia, quien le informará de los riesgos y complicaciones.
3. La intervención consiste en reconstruir el esqueleto mediante el empleo de injerto óseo alogénico (de un donante cadáver humano) procedente de banco de tejidos, bien mediante el uso de fragmentos grandes o mediante pequeños fragmentos de hueso triturado.
4. 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.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica en la que se va a requerir la **IMPLANTACIÓN DE INJERTO OSTEOTENDINOSO**, pueden ser:

- a. Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación es pequeña, pero en algunos casos puede desembocar en sepsis generalizada y muerte del paciente.
- b. Lesión de estructuras vasculo-nerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
- c. Hemorragia masiva de un gran vaso que puede ocurrir durante la intervención o posteriormente y que puede llegar a provocar una anemia aguda y muerte del paciente.
- d. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
- e. Daño del cartílago articular adyacente.
- f. Hemartros y hematomas de zonas adyacentes.
- g. Algoneurodistrofia (Síndrome de dolor regional complejo tipo I).
- h. Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y son muy poco frecuentes.
- i. Síndrome compartimental.
- j. Fallos y roturas del material o instrumental empleado.
- k. Flebitis o Tromboflebitis y eventualmente tromboembolismo pulmonar que puede provocar la muerte del paciente.
- l. Rotura o estallido del hueso manipulado.
- m. Rotura por fatiga del injerto óseo, o bien su resorción.
- n. Transmisión de enfermedades no conocidas en este momento, no detectables con los criterios actuales de selección de donantes y con las pruebas diagnosticas que proporciona la ciencia en nuestros días.
- o. Fracaso en la integración del injerto óseo y persistencia de la causa que
- p. motivó su utilización.
- q. Aflojamiento o rotura del implante metálico utilizado para la fijación del injerto.
- r. RIESGOS PERSONALIZADOS:.....

.....

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar alguna maniobra o intervención no informada previamente.

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 ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

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

Y en tales condiciones



**CONSIENTO**

Que se me realice un tratamiento quirúrgico con **INJERTO OSEO, TENDINOSO U OSTEOTENDINOSO ALOGENICO.**

En MÁLAGA a .....

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE

**REVOCACIÓN**

Don / Dña: .....  
de: ... años de edad, con domicilio en ..... y  
DNI nº. ....

Don / Dña: .....  
de: ... años de edad, con domicilio en ..... y  
DNI nº. ...., 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 MÁLAGA a .....

Fdo: EL MEDICO

Fdo: EL PACIENTE