

**1. ¿Qué es?** Es un procedimiento consistente en la reconstrucción de pérdidas de sustancia ósea causadas por infecciones, 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 pseudoartrosis, estimular la consolidación ósea o llenar defectos en retrasos de consolidación u osteotomías. En el caso de injertos de partes blandas, el fin de dicha cirugía consiste en proporcionar estabilidad a una articulación mediante la sustitución del ligamento ausente o incompetente por tendones que suplan su función.

**2. ¿Cómo se realiza?** Consiste en aportar el aloinjerto, bien óseo o de partes blandas, acompañado o no de elementos metálicos para su fijación (placas, clavos, tornillos, agujas, etc). Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

La intervención precisa de anestesia (cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el servicio correspondiente).

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

- **Frecuentes (más del 10%):**
  - a. Dolor postquirúrgico en el área intervenida
  - b. Pérdida de fuerza.
  - c. Pérdida de la movilidad de la articulación
  - d. Edema al retirar el vendaje postquirúrgico. En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia, o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos, puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimiento, ampollas...).
  - e. Cicatriz del abordaje quirúrgico.
  - f. falta de osteointegración del injerto óseo.
  
- **Infrecuentes (menos del 10%):**
  - a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar a la articulación y/o 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. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
  - f. Rechazo e infección del injerto.
  - g. No ser efectivo mecánicamente.
  - h. Posibilidad remota de contraer enfermedades del donante del injerto no detectadas y que el proceso de esterilización y tratamiento del injerto no eliminó.
  - i. Necrosis del injerto.
  - j. Necrosis cutáneas.
  - k. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck.
  - 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.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** solucionar la patología de base.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** persistencia del problema.

**6. Alternativas:** se puede utilizar injerto autólogo dependiendo de la indicación que motive la intervención. Tratamiento médico sintomático, uso de ortesis.

**7. Riesgos en función de su situación:** toda intervención quirúrgica, y 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.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

**AUTORIZACIONES:**

**Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.**

**Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.**

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**REVOCACIONES:**

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

**Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.**

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: