

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISMETRÍAS Y DESAXACIONES

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, el 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)*

con domicilio en.....

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 **DISMETRÍAS Y DESAXACIONES**. 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. El propósito principal de la intervención consiste en alinear correctamente los ejes mecánicos de las extremidades e intentar igualar sus longitudes o, al menos, disminuir la desigualdad en la medida de lo posible, de tal forma que se mejore la estática de la bipedestación, la dinámica de la marcha y la función manipuladora.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en alinear los ejes desviados de las extremidades y/o intentar igualar sus longitudes. Para conseguir estos objetivos, puede ser necesario realizar alguna o la totalidad de las siguientes técnicas:

- 4.1. Sección completa de uno o más huesos (osteotomía).
- 4.2. Sección incompleta de uno o más huesos (osteotomía más osteoclasis).
- 4.3. Sección de la cortical (corticotomía) de uno o más huesos.
- 4.4. Alargamiento y/o acortamiento inmediato de uno o más huesos.
- 4.5. Interposición de injerto óseo en el/los foco/s de osteotomía. El tejido óseo injertado puede proceder del propio paciente (injerto autólogo), de donante cadáver (injerto homólogo) o de otra especie animal (injerto heterólogo liofilizado). Últimamente se utilizan también diversos sustitutivos del hueso a base de diferentes sales cálcicas.
- 4.6. Implantes de diferentes sistemas de fijación, que pueden ser internos (placas, tornillos, grapas, agujas, clavos y cerclajes alámbricos o de otro material) o externos (fijadores externos).
- 4.7. Alargamiento progresivo del hueso o huesos acortado/s con sistemas de fijación externa.
- 4.8. Inmovilización provisional de las articulaciones adyacentes a los huesos tratados.
- 4.9. Inserción de sistemas de drenaje.

5. 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 y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

6. Las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas para tratamiento de DISMETRÍAS Y DESAXACIONES DE LAS EXTREMIDADES pueden ser muy variadas:

- a) Enfermedad tromboembólica.
- b) Lesión de los vasos, arteriales y/o venosos, adyacentes.
- c) Lesión, parcial o total y provisional o permanente, de los troncos nerviosos adyacentes.
- d) Lesión, a medio o largo plazo, de los nervios descomprimidos, por falta de aporte sanguíneo.
- e) Lesiones de los músculos, ligamentos y tendones adyacentes.
- f) Osificaciones y/o calcificaciones en las zonas de despegamiento muscular.
- g) Infección de la herida quirúrgica que, según su gravedad y profundidad, puede llegar a afectar a articulaciones y huesos adyacentes.
- h) Infección de los focos de osteotomía (osteitis), que puede extenderse al conjunto del hueso tratado (osteomielitis).
- i) Hematomas en los labios de la herida o a nivel subcutáneo.
- j) Cicatrices hipertróficas, generalmente como consecuencia de la acción de las fichas (tornillos) de los fijadores externos en los procesos de alargamiento, aunque también pueden aparecer en otros procedimientos más convencionales.
- k) Rigidez de las articulaciones adyacentes, generalmente de carácter pasajero.
- l) Síndromes algodistróficos por trastorno vasomotor.
- m) Síndromes compartimentales.
- n) Retardo o ausencia de consolidación en los focos de osteotomía, con o sin rotura del material de osteosíntesis.
- ñ) Fracturas o deformaciones del callo óseo de elongación.
- o) Procesos degenerativos del cartílago articular en las articulaciones adyacentes al hueso tratado.
- p) Necrosis focales en el hueso subcondral de la articulación cuya posición se ha corregido.
- q) Intolerancia al material de osteosíntesis (especialmente en fijadores externos).
- r) Rotura del material de osteosíntesis.
- s) Infecciones secundarias en torno al material de osteosíntesis.
- t) Menos frecuentemente, pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, urológicas, gastrointestinales y confusión mental postoperatoria, sobre todo en pacientes de edad avanzada.
- u) En casos excepcionales, y como consecuencia de lesiones de vasos importantes, podría llegar a ser necesaria la realización de transfusiones sanguíneas.
- v) 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...).

#### 7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación afecta. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación o la deformidad.

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 y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de 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 necesidad de dar ninguna explicación, 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.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **DISMETRÍAS Y DESAXACIONES DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.                      Fdo. EL/LA PACIENTE                      Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

**TESTIGO**

Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del testigo)*

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)* ha recibido la hoja de información

que le ha entregado el Dr./la Dra.....  
*(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)*

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta 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 comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **DISMETRÍAS Y DESAXACIONES DE:**

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

Fdo. EL DR./LA DRA.                      Fdo. EL/LA TESTIGO

**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.

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

Fdo. EL DR./LA DRA.              Fdo. EL/LA PACIENTE              Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL              Fdo. EL/LA TESTIGO  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

