

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE OSTEOTOMIA DE RODILLA

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, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

con domicilio en \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

### DECLARO

Que el Dr./Dra. \_\_\_\_\_

N° de Colegiado \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **OSTEOTOMIA DE RODILLA**. 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. PROCEDIMIENTO

Consiste en la extracción de una cuña de hueso del fémur o de la tibia (dependiendo del tipo de deformidad) para que el eje de fuerzas que bajan desde el cuerpo a la extremidad pase de nuevo por el centro de la rodilla. Dicha extracción de hueso supone la producción de una fractura y, por lo tanto, precisará para su estabilización posterior la colocación de un yeso, grapas, placa con tornillos o un fijador.

La intervención suele precisar anestesia de la cintura para abajo o general. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

El propósito principal de la operación consiste en mejorar la función de la rodilla al alinear los ejes y corregir la deformidad. Esto suele tener como consecuencia la mejoría de los síntomas dolorosos y el retraso de la progresión de la artrosis.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento que realizar, puede requerir la administración de la medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

#### 3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Según el tipo de intervención que se realice, puede ser necesaria la sección del peroné para facilitar la corrección de la deformidad. Asimismo algunas técnicas empleadas conllevan la aparición de acortamiento, alargamiento, rotación, angulación o inestabilidad del miembro operado.

Dado que precisa un soporte adicional (grapas, placa/tornillos, fijador) puede ser necesaria una segunda operación para extraer dicho material. Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas o meses, o bien hacerse continuas.

Durante unos días necesitará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente, recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación que realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerza que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

La realización de esta intervención no descarta que en un futuro precise una sustitución de la articulación de la rodilla por una prótesis.

#### 4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

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.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la OSTEOTOMÍA son:

- a) Lesión de vasos de la extremidad.
- b) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- c) Anemia postoperatoria que puede requerir una transfusión sanguínea. El Servicio de Hematología le informará de los riesgos de las mismas.
- d) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente, que en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Infección de la herida.
- f) Retardo o ausencia de consolidación.
- g) De forma poco habitual, pueden existir complicaciones tales como: cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona de la operación hacia el extremo de la pierna que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), producción de una fractura a un nivel no deseado, rigidez articular acompañada o no de descalcificación e inflamación importante de la zona (atrofia ósea) y pérdida de corrección.

#### 5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación de la rodilla usando un bastón o intentando perder peso. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación.

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 **OSTEOTOMIA DE RODILLA**:

.....  
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, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI N° \_\_\_\_\_ declaro bajo mi responsabilidad que el paciente Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente) ha recibido la hoja de información que le ha entregado el Dr./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 **OSTEOTOMIA DE RODILLA:**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(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  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO