



Consentimiento Informado para  
Cirugía de Reconstrucción del Aparato  
Extensor

## **Consentimiento Informado para Cirugía de Reconstrucción del Aparato Extensor**

Consentimiento Informado – Traumatología / Rodilla

## Consentimiento informado para Reconstrucción de Aparato Extensor

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de  
**RECONSTRUCCIÓN DE APARATO EXTENSOR**

**RODILLA**      Derecha        
                    Izquierda

## INFORMACIÓN

El aparato extensor de la rodilla está compuesto por una serie de elementos (músculo cuádriceps, rótula, tendón rotuliano, retináculos laterales, etc.) cuya función es extender la pierna sobre el muslo y puede estar dañado por alteraciones congénitas o traumatismo fundamentalmente

El propósito de esta intervención consiste en reparar mediante elementos metálicos, suturas o elementos bioabsorbibles la lesión del aparato extensor de la rodilla.

A veces es necesario reforzar la reparación con autoinjertos o aloinjertos que se fijan también mediante la utilización de materiales metálicos o bioabsorbibles.

Pueden requerir inmovilización adicional (Yesos, Férulas, Ortesis, otros)

Como todo procedimiento quirúrgico este puede variar de acuerdo a los hallazgos intra operatorios y ser necesario aplicar otras técnicas quirúrgicas.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

### **Riesgos y Complicaciones del Tratamiento Quirúrgico de Reconstrucción de Aparato Extensor.**

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables:

- a) Tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas,
- b) Como a los debidos a la situación vital del paciente (Diabetes, Cardiopatías, Hipertensión, Edad Avanzada, Anemia, Obesidad) pudiendo llegar hasta un riesgo vital;
- c) Como otros específicos del procedimiento:
  - Dolor en la cicatriz operatoria
  - Cicatrización excesiva
  - Neuromas
  - Derrame post operatorio
  - Hemartrosis
  - Hematomas
  - Infecciones Superficiales o Profundas
  - Insensibilidad alrededor de Rodilla
  - Atrofia Muscular
  - Pérdida de la Movilidad Articular
  - Re roturas del aparato extensor
  - No cicatrización de la reparación.
  - Exposición de elementos de fijación
  - No incorporación del injerto
  - Rotura del injerto
  - Aflojamiento del material de fijación
  - Dolor Articular Crónico sobre todo si existen lesiones cartilaginosas.
  - Fractura o estallido del hueso durante el procedimiento
  - Lesiones en zona dadora de injertos
  - Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar
  - Distrofia Simpática Refleja

Fracaso del procedimiento efectuado dado que ningún acto médico o quirúrgico puede garantizar resultados pese a la correcta realización de los mismos.

Existen otras complicaciones que pueden ocurrir, sin embargo las listadas anteriormente son las que se observan con mayor frecuencia.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

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

Y en tales condiciones.

#### CONSENTIMIENTO

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

#### RECONSTRUCCIÓN DE APARATO EXTENSOR

**RODILLA** Derecha   
Izquierda

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).