



Consentimiento informado  
Alargamiento de Extremidades.

## **Consentimiento informado Alargamiento de Extremidades.**

## Consentimiento informado Alargamiento de Extremidades

---

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:  
ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES

EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:.....

## INFORMACIÓN

El alargamiento de extremidades se plantea cuando hay disimetría (diferencia de longitud) entre las extremidades en cuantía que está preestablecida para extremidades inferiores y superiores. Estas disimetrías son consecuencia de síndromes, alteraciones del desarrollo o secuelas de enfermedades adquiridas (malformaciones vasculares, infecciones, fracturas, etc.) La cirugía consiste en la instalación de un fijador externo que puede ser multiplanar o monoplanar y luego se realiza osteotomía (sección) del hueso a alargar respetando el periostio (corticotomía), preferentemente a nivel metafisiario de huesos largos. El alargamiento se inicia luego de un periodo de reposo de 5 a 8 días, con intensidad de 1mm por día hasta completar la longitud deseada, también deberá realizar kinesiterapia durante el tratamiento. Posteriormente se deberá esperar un periodo de consolidación del tejido óseo neo formado para retiro del fijador externo. En oportunidades es necesario colocar una placa de osteosíntesis una vez retirado el fijador externo, para proteger el hueso alargado.

En general el tiempo de tratamiento es de aproximadamente 6 meses. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones a la técnica debido a hallazgos intraoperatorios, para así proporcionar un tratamiento más adecuado

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informarán el servicio 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.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

## COMPLICACIONES

- **Frecuentes y poco graves:** Dolor prolongado en zona operatoria, Pérdida de fuerza muscular, Hematomas, Infección superficial en zona de los clavos del fijador externo.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Distrofia simpático-refleja, Lesión neuro vascular, Infecciones profundas, Consolidación en mala posición, Retardo de consolidación, Consolidación precoz de la osteotomía, Fracturas de la zona alargada.
- **Graves y de baja frecuencia:** Trombosis venosa profunda, trombo embolismo pulmonar, Shock hipovolémico

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédicos y/o rehabilitación pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica en ocasiones de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está totalmente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

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 que pueden aumentar las posibilidades de complicaciones.



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**

**CONSENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES**

**EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:**.....

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).