

Alargamientos óseos

Nº Historia:.....

Don/Doña : deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña : deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y DNI Nº.....

en calidad de de Don/Doña:.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos de la paciente)

DECLARO:

Que el Dr./Dra ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a un ALARGAMIENTO ÓSEO.

1. El propósito principal de la intervención consiste en corregir la desigualdad de longitud entre dos extremidades simétricas, de tal forma que se mejore la estática de la bipedestación, la dinámica de la marcha y la función manipuladora.
2. La intervención puede precisar anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesiología.
3. La intervención consiste en modificar la longitud del hueso que no se ha desarrollado normalmente o que ha sufrido algún tipo de patología capaz de modificar su integridad, aunque en algunas ocasiones puede estar indicada la actuación sobre el hueso aparentemente normal. Para conseguir estos objetivos, puede ser necesario realizar algunas o todas de las siguientes técnicas:
 - 3.1. Secciones completas de uno o más huesos (osteotomía).
 - 3.2. Resecciones segmentarias de uno o más huesos.
 - 3.3. Sección de la cortical (corticotomía) de uno o más huesos.
 - 3.4. Alargamientos y/o acortamientos inmediatos de uno o más huesos.
 - 3.5. Aporte de injerto óseo en el/los foco/s de osteotomía o alargamiento. 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.
 - 3.6. Implante 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).
 - 3.7. Alargamientos progresivos del hueso o huesos acortado/s con sistemas de fijación externa.
 - 3.8. Inmovilización provisional de las articulaciones adyacentes a los huesos tratados.
 - 3.9. Inserción de sistemas de drenaje.
4. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, ò) 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.
5. Las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas para alargamientos óseos pueden ser muy variadas:
 - 5.1. Enfermedad tromboembólica.
 - 5.2. Lesión de los vasos, arteriales y/o venosos, adyacentes.
 - 5.3. Lesión, parcial o total y provisional o permanente, de los troncos nerviosos adyacentes.
 - 5.4. Lesión, a medio o largo plazo, de los nervios descomprimidos por falta de aporte sanguíneo.
 - 5.5. Lesiones de los músculos, ligamentos y tendones adyacentes.
 - 5.6. Osificaciones y/o calcificaciones en las zonas de despegamiento muscular.
 - 5.7. Infecciones de la herida quirúrgica que, según su gravedad y profundidad, pueden llegar a afectar a articulaciones y huesos adyacentes.
 - 5.8. Infecciones de los focos de osteotomía (osteítis), que pueden extenderse al conjunto del hueso tratado (osteomielítis).
 - 5.9. Hematomas en los labios de la herida o a nivel subcutáneo.

- 5.10. 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.
- 5.11. Rigidez de las articulaciones adyacentes, generalmente de carácter pasajero.
- 5.12. Síndromes algodistróficos por trastorno vasomotor.
- 5.13. Síndromes compartimentales.
- 5.14. Retardo o ausencia de consolidación en los focos de osteotomía, con o sin rotura del material de osteosíntesis.
- 5.15. Fracturas o deformaciones del callo óseo de elongación. Generalmente en el proceso de remodelación del callo óseo de alargamiento.
- 5.16. Procesos degenerativos del cartílago articular en las articulaciones adyacentes al hueso tratado.
- 5.17. Necrosis focales en el hueso subcondral de la articulación cuya posición se ha corregido.
- 5.18. Intolerancia al material de osteosíntesis (especialmente en fijadores externos).
- 5.19. Roturas del material de osteosíntesis.
- 5.20. Infecciones secundarias en torno al material de osteosíntesis.
- 5.21. Menos frecuentemente pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, urológicas, gastrointestinales y confusión mental posoperatoria, sobre todo en enfermos de edad avanzada.
- 5.22. En casos excepcionales, y como consecuencia de lesiones de vasos importantes, podría llegar a ser necesaria la realización de transfusiones sanguíneas.
- 5.23. 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 (enrojecimientos, ampollas, ò)

Por mi situación actual, el/la médico me ha explicado que pueden aumentar tanto el riesgo como la posibilidad de complicaciones, tales como:

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

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

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

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice OSTEOTOMÍA CORRECTORA DE FÉMUR.

Enõ . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL MÉDICO
Nº de Colegiado:

Fdo.: EL PACIENTE/REPRESENTANTE

REVOCACIÓN

Revoco el consentimiento prestado en fechaõ õ õ õ õ . Y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Enõ . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL MÉDICO
Nº de Colegiado:

Fdo.: EL PACIENTE/REPRESENTANTE
D.N.I: