

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL PIE PARALÍTICO O NEUROLÓGICO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en alargar las fascias (banda de tejido grueso en la planta del pie) y/o cambiar de posición algunos tendones. De esta forma se consigue un correcto equilibrio del conjunto tobillo-pie.

A veces es preciso actuar también sobre un hueso cortándolo o uniéndolo a otro (osteotomías o artrodesis). La decisión de actuar sobre más tendones o huesos se tomará durante la cirugía.

En algunos casos, tras la cirugía, se tiene que seguir usando material de ortesis (dispositivos que permiten estabilizar y mantener la articulación de tobillo y pie en una posición determinada).

La finalidad de la cirugía es mejorar la funcionalidad del pie.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la técnica son:

- Hematoma.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- Rigidez o limitación del movimiento.
- Que persista la deformidad y sea necesario el uso crónico de ortesis.
- Hipercorrección apareciendo la deformidad contraria.
- Fallos en la sutura y reanclaje del tendón.
- Necrosis cutáneas que puede precisar un injerto de piel.
- Retraso o fracaso de la cicatrización del tendón.
- Síndrome de Dolor Regional Complejo (tipo de dolor crónico).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio que hay alrededor de los músculos).
- Embolia grasa y/o trombosis venosa profunda (con riesgo de formación de trombos que lleguen al pulmón). Puede tener consecuencias fatales.
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios por el uso del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- Sangrado durante la cirugía o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad. Puede afectar al hueso.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatriz anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante
<input type="checkbox"/>puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.			

CONTRAINDICACIONES

No tiene

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamiento conservador con calzado especial u ortesis (dispositivos externos que sirven de apoyo y soporte) y rehabilitación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL PIE PARALÍTICO O NEUROLÓGICO"

Yo, D./D.^a , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: