

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL PIE PLANO DEL ADULTO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El pie plano es una deformidad del pie de causa variada que provoca deformidad, dolor y alteraciones de la marcha normal.

El procedimiento consiste en reparar el tendón. En fases más avanzadas, se asocian otros procedimientos sobre los tendones y/o sobre estructuras osteoarticulares, para corregir la deformidad y estabilizar el pie. A veces será necesario actuar también en el tobillo. Es posible que en la cirugía se usen placas especiales, anclajes óseos o una endortesis para dar estabilidad al pie. La decisión de elegir una u otra técnica depende de diferentes factores que valorará su médico.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de esta cirugía es disminuir o quitar el dolor y recuperar la función del tendón. También restituir la forma normal del arco plantar.

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 o lesión vascular.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- Que se afloje, se rompa o penetre en la articulación parte del material implantado o usado durante la cirugía.
- Rigidez o limitación del movimiento.
- Fallos en la sutura, reconstrucción o de la corrección de la deformidad que necesite de otras cirugías.
- Retraso o fracaso de la cicatrización de los tendones.
- Artrosis de articulaciones vecinas.
- Complicaciones específicas de las intervenciones tendinosas: rotura del tendón y/o pérdida de su función.
- Complicaciones específicas de las artrodesis: no unión de los huesos y/o pérdida de la corrección.
- Necrosis cutáneas que puede precisar un injerto de piel.
- 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, 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.
- Cicatrización 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:

- Uso de plantillas, ortesis (dispositivos externos que sirven de apoyo y soporte), y zapatos especiales, aunque no corrigen la deformidad.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL PIE PLANO DEL ADULTO"

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: