

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL PIE ZAMBO

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña.....de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA DEL PIE ZAMBO**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. El pie zambo es una deformidad que afecta a uno de cada 1.000 nacidos vivos (0,1%), y que condiciona la forma y crecimiento del pie y la extremidad respectiva. Aproximadamente la mitad de los niños que tiene un pie zambo presentan la deformidad en ambos pies. No todos los pies zambos son iguales. Existen cuatro tipos fundamentales según su forma de presentación que son:

- Congénito: presente en el nacimiento, de causa desconocida, con deformidad en equino (hacia abajo) y en varo (hacia adentro).
- Teratológico: asociado a una alteración neurológica conocida como, por ejemplo, la espina bífida o el mielomeningocele.
- Síndromico: como parte de un trastorno genético que afecta a la totalidad del paciente que lo presenta.
- Posicional: se trata de un pie normal que ha mantenido una posición anormal durante el crecimiento intrauterino.

La deformidad condiciona una forma anormal de los huesos del pie y de su posicionamiento, así como de las articulaciones, ligamentos, vasos y nervios que lo forman. Los músculos y tendones suelen ser más débiles. El pie zambo y la extremidad respectiva suelen ser más cortos de lo normal y la pantorrilla más delgada.

El objetivo del tratamiento es lograr un pie plantígrado (con un apoyo plantar normal), indoloro y con una adecuada movilidad. Dado que no conocemos las causas de esta deformidad, no podemos tratar ni corregir dichas causas, por lo que tratamos sus consecuencias.

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible tras el nacimiento. Generalmente se inicia mediante manipulaciones, vendajes o yesos correctores progresivos durante varios meses. Este tipo de tratamiento puede no ser capaz de corregir completamente la deformidad o bien que ésta sea recurrente y a partir de los 3 ó 4 meses de vida pueda ser necesaria alguna intervención quirúrgica. Estas intervenciones se dirigen a alargar el tendón de Aquiles u otros que persistan retraídos, así como a realizar secciones capsulares y ligamentosas para permitir el reposicionamiento correcto de los huesos que forman el pie.



Pese a realizar el tratamiento correcto, la deformidad puede presentar una tendencia a reaparecer, dado que sus causas no pueden ser tratadas, por lo que el seguimiento de estos pacientes debe realizarse durante todo el crecimiento. En el caso de reaparición de una deformidad, puede ser necesaria la realización de alguna nueva intervención quirúrgica consistente en transposiciones tendinosas (cambios de posición de tendones), liberaciones articulares, nuevas osteotomías o incluso la fijación definitiva en buena posición de determinadas articulaciones del pie.

3. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS TÍPICOS

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente 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.

La cirugía de TRATAMIENTO DEL PIE PLANO INFANTIL puede presentar complicaciones:

- a) Corrección insuficiente.
- b) Infección.
- c) Dificultad en la cicatrización.
- d) Daño neurológico o vascular.
- e) Migración de implantes.
- f) Riesgos anestésicos acompañantes.

4. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

No existen.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA DEL PIE ZAMBO**:

.....

En....., a de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

TESTIGO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º.....declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña.....ha recibido la hoja de información
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGÍA DEL PIE ZAMBO**:

.....

En....., a de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO

