

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL PIE PLANO INFANTIL

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 PLANO INFANTIL**. 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 plano infantil es una deformidad caracterizada por la existencia de un talón valgo (desviado hacia fuera) acompañado de un hundimiento de la bóveda plantar y supinación del antepié (torsionado hacia arriba).

No todos los pies planos infantiles son iguales. Existen diversos tipos con sus respectivas peculiaridades:

- Pie plano flexible, sin retracciones tendinosas y con movilidad articular conservada.
- Pie plano flexible, asociado a contractura del Tendón de Aquiles.
- Pie plano rígido, caracterizado por rigidez de la articulación subastragalina.
- Pie plano por deformidades óseas congénitas.
- Pie plano por causas neurológicas.

La deformidad condiciona una bóveda plantar insuficiente acompañada, en función de su magnitud, de una sobrecarga mecánica de determinadas zonas de apoyo.

La evolución natural del pie plano flexible infantil, sin otras alteraciones, es hacia la resolución espontánea.

El tratamiento quirúrgico debe considerarse:

- Cuando un correcto tratamiento ortopédico no ha resultado eficaz.
- Cuando se trate de pies planos rígidos irreductibles.
- Cuando se trate de pies planos por causas neurológicas.
- En el caso de pies planos dolorosos.

La intervención quirúrgica se decide para cada pie. La magnitud de la intervención, así como el tipo de abordaje o incisión quirúrgica que practicar vienen determinadas por el grado de la deformidad que corregir. Existen diversas técnicas quirúrgicas dependiendo del tipo de pie plano. Existen técnicas que actúan sobre los huesos del pie, sobre los movimientos de determinadas articulaciones, sobre la modificación de la inserción o sobre la longitud de determinados tendones del pie, e incluso combinaciones de las mismas. Pueden utilizarse injertos óseos del propio paciente tomados del peroné o de la cresta ilíaca para estabilizar determinadas arti-



culaciones, e incluso pueden utilizarse implantes sintéticos para tal fin. En función del tratamiento empleado puede ser necesaria la inmovilización postoperatoria con yesos.

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

Existe cierta controversia en cuanto a la utilidad del tratamiento mediante plantillas y zapatos ortopédicos en la evolución del pie plano flexible infantil. Algunos especialistas consideran que el tratamiento ortopédico con plantillas es de utilidad, mientras que otros la cuestionan, aunque pueden resultar eficaces como método de aliviar síntomas de sobrecarga mecánica. La utilidad del tratamiento ortopédico en la corrección de pies planos no flexibles, congénitos o de causa neurológica es escasa.

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 PLANO INFANTIL**:

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

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



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 PLANO INFANTIL:**

.....

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

