

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA ESPASTICIDAD (ALARGAMIENTOS TENDINOSOS, CAPSULOTOMÍAS, OSTEOTOMÍAS)

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 DE LA ESPASTICIDAD (ALARGAMIENTOS TENDINOSOS, CAPSULOTOMÍAS, OSTEOTOMÍAS)**. 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 propósito principal de la intervención consiste en alinear correctamente los ejes mecánicos de las extremidades y corregir las posiciones viciosas de las articulaciones, de tal forma que se mejore la estática de la bipedestación, sedestación y decúbito, la dinámica de la marcha y la función manipuladora. En cualquier caso, la intervención es de carácter puramente paliativo-corrector, ya que la causa principal del proceso es una alteración a nivel del Sistema Nervioso Central que, actualmente, no tiene tratamiento posible.

3. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. La intervención consiste en aliviar, total o parcialmente, la tracción, permanente y excesiva, que los músculos contracturados ejercen sobre las estructuras óseas en que se anclan. Cuando, como consecuencia de la misma, ya se hayan producido deformidades óseas y/o malposiciones articulares, será necesario realinear los ejes mecánicos de huesos y extremidades y liberar las articulaciones. Para conseguir estos objetivos, puede ser necesario realizar algunas o todas de las siguientes técnicas:

- 4.1. Alargamiento de uno o varios tendones.
- 4.2. Sección parcial de uno o varios tendones.
- 4.3. Sección completa de uno o varios tendones, con o sin reanclaje en otra zona ósea y/o sutura a otras estructuras tendinomusculares.
- 4.4. Sección en el plano transversal o extirpación completa de las cápsulas articulares fibrosadas.
- 4.5. Sección o desinserción de ligamentos periarticulares acortados.
- 4.6. Disección y extirpación de los tractos fibrosos que pueden rodear o situarse en la proximidad de los pedículos vasculonerviosos.



- 4.7. Osteotomías de los huesos deformados, con corrección del eje y osteosíntesis (fijación con material) en la posición obtenida. Pueden implicar acortamientos del miembro.
 - 4.8. Inmovilización provisional de las articulaciones tratadas en posición de corrección.
 - 4.9. Inserción de sistemas de drenaje.
5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), 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.
6. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para el TRATAMIENTO DE LAS DEFORMIDADES ÓSEAS Y RESTRICCIONES ARTICULARES SECUNDARIAS A ESPASTICIDAD pueden ser:
- a) Enfermedad tromboembólica.
 - b) Lesión de los vasos, arteriales y/o venosos, adyacentes.
 - c) Lesión, parcial o total y provisional o permanente, de los troncos nerviosos adyacentes.
 - d) Lesión, a medio o largo plazo, de los nervios descomprimidos por falta de aporte sanguíneo.
 - e) Lesiones de los músculos, ligamentos y tendones adyacentes.
 - f) Osificaciones y/o calcificaciones en la zona de resección.
 - g) Infecciones de la herida quirúrgica que, según su gravedad y profundidad, pueden llegar a afectar a articulaciones y huesos adyacentes.
 - h) Hematomas en los labios de la herida o a nivel subcutáneo.
 - i) Rigidez de las articulaciones adyacentes, generalmente de carácter pasajero.
 - j) Síndromes algodistróficos, por trastorno vasomotor.
 - k) Síndromes compartimentales.
 - l) Retardo o ausencia de consolidación en los focos de osteotomía, con o sin rotura del material de osteosíntesis.
 - m) Procesos degenerativos del cartílago articular.
 - n) Necrosis focales en el hueso subcondral de la articulación cuya posición se ha corregido.
 - ñ) Intolerancia al material de osteosíntesis (especialmente en fijadores externos).
 - o) Rotura del material de osteosíntesis.
 - p) Infecciones secundarias en torno al material de osteosíntesis.
 - q) Menos frecuentemente, pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, urológicas, gastrointestinales y confusión mental postoperatoria, sobre todo en pacientes de edad avanzada.
 - r) En casos excepcionales, y como consecuencia de lesiones de vasos importantes, podría llegar a ser necesaria la realización de transfusiones sanguíneas.
 - s) 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 (enrojecimiento, ampollas...).
7. 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 DE LA ESPASTICIDAD (ALARGAMIENTOS TENDINOSOS, CAPSULOTOMÍAS, OSTEOTOMÍAS) DE:**

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

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 DE LA ESPASTICIDAD (ALARGAMIENTOS TENDINOSOS, CAPSULOTOMÍAS, OSTEOTOMÍAS) DE:**

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT