

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de pectus carinatum

Pegatina con los datos personales y de identificación del niño a intervenir

Don/Doña _____
con DNI número _____ en calidad de _____ del niño
_____, con la Historia Clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. /Dra. _____ me ha informado de la necesidad de proceder a un tratamiento quirúrgico de la patología arriba citada (pectus carinatum), mediante una toracoplastia de Ravitch.

1. El propósito principal de la intervención es poner a plano la pared torácica, para darle un aspecto estético uniforme.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en realizar una incisión transversa sobre la deformidad, reseca los cartílagos deformados a ambos lados del esternón, realizar una o más estereonotomias para poder poner a plano el esternón, fijar el esternón con unas placas reabsorbibles para estabilizar la pared y terminar la operación, colocando 1 ó 2 drenajes.
4. La posible alternativa es utilizar distintos procedimientos ortopédicos con aparatos diseñados a medida, y que requieren llevarlos durante 3-4 años.
5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.
6. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser la hemorragia, que muy raras veces precisa de transfusión, la infección, y, raramente, pequeños desgarros pleurales, que obligarían a colocar un drenaje dentro de la cavidad del tórax.
7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que ello comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.
11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de pectus carinatum de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de

