



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA PERCUTANEA DEL PIE

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, DNI nº..... y con domicilio en.....
.....

DECLARO

Que el Dr./la Dra..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CIRUGIA PERCUTANEA DEL PIE**. 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. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.
3. La cirugía percutánea o mínimamente invasiva es un conjunto de técnicas quirúrgicas que se realizan a través de incisiones cutáneas mínimas. Se utiliza un instrumental quirúrgico diseñado para tal fin con el objetivo de corregir deformidades y/o enfermedades del pie.
4. La cirugía percutánea puede aplicarse sobre partes blandas o sobre el esqueleto. Sobre las partes blandas puede actuarse realizando cortes o alargamientos a los tendones (tenotomías y alargamientos tendinosos), cortes a las cápsulas articulares (capsulotomías) o a la fascia plantar (fasciotomía) o a ligamentos (como en el caso del tratamiento del neuroma de Morton). Sobre el hueso pueden extirparse exóstosis óseas, realizarse cortes en los huesos (osteotomías de metatarsianos y/o falanges) o fijaciones articulares (artrodesis). A veces se combinan técnicas percutáneas con técnicas abiertas. Las indicaciones y la elección de la técnica a practicar compete y le será explicada por su traumatólogo.
5. Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.

RIESGOS DE LA CIRUGIA PERCUTANEA DEL PIE

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 implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.
- e. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- f. Trastornos estáticos secundarios, con metatarsalgia de transferencia.
- g. De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones como: defectos de corrección, reaparición de la deformidad con el tiempo o producción de la deformidad contraria que puede ir o no acompañada de dolor, fracturas, edema, hematomas y necrosis de la piel de la zona intervenida, retrasándose el proceso de curación, pérdida de la vascularización de los huesos que se han seccionado para corregir la deformidad, cicatriz de la operación dolorosa y antiestética, artrosis.
- h. Complicaciones específicas de las osteotomías: inestabilidad, pérdida de corrección, problemas de la consolidación (callos viciosos, retardos de consolidación y pseudoartrosis), necrosis avascular.
- i. Complicaciones específicas de la artrodesis; pseudoartrosis, artrosis interfalángica.
- j. Cicatrices dolorosas.
- k. Amputación.
- l. Síndrome de Dolor Regional Complejo.
- m. Síndrome compartimental.
- n. Embolia grasa, trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- o. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

ALTERNATIVAS A LA CIRUGIA PERCUTANEA DEL PIE

El tratamiento alternativo a la cirugía mínimamente invasiva es la cirugía abierta. La decisión compete al traumatólogo.

Mediante la firma del presente documento declaro que 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 que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a 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 **CIRUGIA PERCUTANEA DEL PIE:**

.....

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

Fdo. EL DR./LA DRA

Fdo. EL/LA PACIENTE

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

REVOCACION

Yo,D./Dña.....
de.....años de edad, DNI nº..... y con domicilio
en.....

Yo,D./Dña.....
de.....años de edad, DNI nº..... y con domicilio
en.....
en calidad de (Representante legal, familiar o allegado
de:.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha , y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

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