

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL PIE VÍA PERCUTÁNEA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cirugía percutánea (o mínimamente invasiva) es un conjunto de técnicas quirúrgicas que se realizan a través de pequeños cortes. Pueden aplicarse en partes blandas o sobre el hueso:

- Sobre las partes blandas: Se usan para cortar o alargar tendones (tenotomías y alargamientos tendinosos), cortar las cápsulas articulares (capsulotomías), cortar la fascia plantar (fasciotomía) o cortar algunos ligamentos (como en el caso del neuroma de Morton).
- Sobre el hueso: Se usan para retirar el crecimiento anormal de un hueso (exóstosis óseas), realizar cortes en los huesos (osteotomías de metatarsianos y/o falanges) o fijar articulaciones (artrodesis).

A veces se combinan técnicas de cirugía percutánea con técnicas de cirugía abierta.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad es corregir deformidades y/o enfermedades del pie de la forma menos invasiva posible.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados. Algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la técnica son:

- Lesión de vasos, tendones y nervios cercanos. Pueden ocasionar trastornos de la sensibilidad y del movimiento que pueden ser irreversibles.
- Que se afloje, se rompa o penetre en la articulación parte del material implantado o usado en la cirugía.
- Rigidez o limitación del movimiento.
- Trastornos estáticos secundarios, que provocan dolor en la región anterior y plantar del pie por mayor acortamiento del primer metatarsiano tras cirugía.
- Que no se corrija toda la deformidad, que con el tiempo vuelva a aparecer o que se produzca la deformidad contraria.
- Pérdida de flujo de sangre hacia los huesos que se han seccionado para corregir la deformidad (necrosis avascular).
- Necrosis o muerte de la piel de la zona de la cirugía.
- Problemas de la consolidación (callos, retraso de la consolidación y pseudoartrosis).
- Complicaciones propias de la artrodesis; pseudoartrosis, artrosis interfalángica.
- Hematoma.
- Amputación (extirpación de una extremidad).
- Síndrome de Dolor Regional Complejo (tipo de dolor crónico).
- Embolia grasa o trombosis venosa profunda (con riesgo de desplazamiento de un coágulo al pulmón) que puede tener consecuencias fatales.

- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio alrededor de algunos músculos).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección que puede afectar al hueso.
- Apertura de la herida.
- Fístulas.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. A veces hay que volver a operar para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda).

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante
☐puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico con fármacos para el dolor y la inflamación.
- Fisioterapia.
- Cirugía abierta.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL PIE VÍA PERCUTÁNEA"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: