

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FASCITIS PLANTAR**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La fascitis plantar se produce cuando se inflama la fascia, que es el tejido grueso que conecta el calcáneo a los dedos y crea el arco del pie. Es doloroso y hace más difícil el caminar.

El procedimiento consiste en la desinserción (rotura) total o parcial de la fascia plantar de su inserción con el calcáneo (hueso del pie). Se puede hacer de forma abierta, percutánea o endoscópica, sin que sea necesaria eliminar un posible espolón. Otra posibilidad es la sección (corte) del gemelo interno en su extremo superior para aliviar las tensiones que se origina en los tendones de la zona.

La finalidad del procedimiento es eliminar el dolor que presenta en la zona plantar del talón y mejorar la deambulación.

### **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 intervención son:

- Hematoma o lesión vascular.
- Lesión de vasos y nervios de los dedos, lo que podría ocasionar una necrosis (muerte) de la piel de la zona intervenida, retrasar el proceso de curación y trastornos sensitivos y/o motores que pueden ser irreversibles.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Lesión tendinosa.
- Persistencia del dolor en el talón.
- Síndrome de Dolor Regional Complejo (dolor intenso y crónico).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio que hay alrededor de los músculos).
- Embolia grasa, trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Sangrado durante la intervención o tras ella. A veces puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas, permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía 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

Puede seguir con su tratamiento médico, hacer reposo relativo y la descarga de la articulación. Todo ello sólo mejora los síntomas, y no corrige el problema ni evita una cirugía posterior.

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA FASCITIS PLANTAR"

Yo, D./D<sup>a</sup> , 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<sup>a</sup> , 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: