

Cirugía enfermedades del antepie

D./DÑA: _____, de _____ años de edad con domicilio en _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

D./DÑA: _____, de _____ años de edad con domicilio en _____
(Nombre y dos apellidos)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el Dr./Dra _____ (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA ENFERMEDAD DEL ANTEPIÉ.

1. El propósito principal de la intervención es corregir las deformidades de los dedos del pie y evitar los hiperapoyos metatarsales.
2. La intervención puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de Anestesia.
3. La intervención consiste en alinear los dedos del pie, para lo cual puede ser preciso reseca partes óseas, seccionar tendones y unir pequeñas articulaciones de los dedos. También se pueden modificar los metatarsianos mediante resecciones óseas. Puede ser precisa la sujeción temporal de los dedos o los metatarsianos con agujas.
4. Toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
5. Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DEL ANTEPIÉ, pueden ser:
 - a) Infección de la herida quirúrgica.
 - b) Pueden lesionarse estructuras vasculonerviosas de los dedos, con lo cual puede producirse una necrosis del dedo y ser precisa una amputación, o quedar una hipoestesia en un área del dedo.
 - c) Recurrencia de la deformidad que requiera una nueva intervención.
 - d) Si la resección ósea requerida es considerable, puede dejar un dedo colgante.
 - e) Las agujas de Kirschner pueden romperse, migrar o presentar infecciones en su trayecto.
 - f) A veces no se consigue la fusión de la articulación, con lo que si ésta es dolorosa, puede requerirse una reintervención.
 - g) Edema posoperatorio en los dedos que pueden tardar meses en ceder.
 - h) Problemas de cicatrización cutánea.
 - i) Cicatrices dolorosas.
 - j) Dolor en otras áreas metatarsales por transferencia de cargas en intervenciones sobre los metatarsianos.
 - k) Pseudoartrosis de los metatarsianos que puede requerir una reintervención.
 - l) Distrofia simpático refleja.
 - m) Trombosis venosa y tromboflebitis de la extremidad.
6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA ENFERMEDAD DEL ANTEPIÉ.

En _____ . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente

REVOCACIÓN

D./DÑA: _____ , de _____ años de edad con domicilio en _____ .
(Nombre y dos apellidos del paciente)

D./DÑA: _____ , de _____ años de edad con domicilio en _____ .
(Nombre y dos apellidos)

en calidad de _____ de _____ .
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

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

En _____ . (LUGAR Y FECHA)

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El Paciente