

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA CIRUGIA DE LAS ALTERACIONES DEL ANTEPIE.
AAOT
Ley 26529**

Además de la información oral facilitado por su médico sobre su enfermedad, usted debe saber que el propósito principal de los detalles transcritos a continuación, es que conozca el procedimiento al que va a ser sometido, las complicaciones más frecuentes del mismo y las alternativas terapéuticas el tratamiento indicado por su doctor.

Lea atentamente este documento y consulte con su médico todas las dudas que se les planteen. Por imperio de las leyes mencionadas arriba, usted o su representante legal deberán firmar el consentimiento para poder realizarle la intervención, autorizando de esta manera a su médico para que le efectúe la cirugía denominada.....

DETALLES DE LA INTERVENCIÓN

La finalidad principal de la intervención es corregir las deformidades de los dedos del pie y evitar los hiper apoyos metatarsales.

El procedimiento puede precisar anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.

La cirugía 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.

Cualquier intervención quirúrgica tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) 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.

RIESGOS HABITUALES

Las complicaciones de la intervención quirúrgica para TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DEL ANTEPIÉ, específicamente la cirugía para la patología denominada..... pueden ser:

- Infección de la herida quirúrgica.
- 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.
- Recurrencia de la deformidad que requiera una nueva intervención.
- Si la resección ósea requerida es considerable, puede dejar un dedo colgante.
- Las agujas de Kirschner pueden romperse, migrar o presentar infecciones en su trayecto.
- A veces no se consigue la fusión de la articulación, con lo que si ésta es dolorosa, puede requerirse una reintervención.
- Edema postoperatorio en los dedos que puede tardar meses en ceder.
- Problemas de cicatrización cutánea.
- Cicatrices dolorosas.
- Dolor en otras áreas metatarsales por transferencia de cargas en intervenciones sobre los metatarsianos.
- Pseudoartrosis de los metatarsianos que puede requerir una reintervención.
- Distrofia simpático refleja.
- Trombosis venosa y tromboflebitis de la extremidad.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

RIESGOS PROPIOS DEL PACIENTE

-
-
-

-

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Como alternativa al tratamiento quirúrgico propuesto pueden utilizarse plantillas, protectores de siliconas y utilizar calzado adecuado.

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la cirugía reparadora de las alteraciones del antepié (.....) y que me han explicado las posibles alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
En consecuencia doy mi consentimiento para la realización de la intervención.

Firma del paciente..... Aclaración.....

Documento.....

Firma del familiar..... Aclaración.....

Documento.....

Firma del médico..... Aclaración.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente con indicación del carácter en que intervienen (padre, madre, tutor, etc.):

Firma..... Aclaración.....

Documento..... Carácter.....

En....., a..... días del mes de..... de.....