

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FASCITIS PLANTAR

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 le se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

1. PROCEDIMIENTO

La fascitis plantar es una enfermedad del retropié en la cual existe una inflamación de la fascia plantar que se inserta en el hueso calcáneo. Esta enfermedad afecta en mayor o menor grado a los dos pies. Puede dar callosidades dolorosas en los otros dedos y en la planta del pie y deformidad en flexión de los dedos adyacentes como consecuencia de un cambio en el apoyo. La corrección de la enfermedad se puede efectuar por numerosas técnicas consistentes en la sección de la fascia plantar. El objetivo de la intervención consiste en aliviar el dolor, prevenir el dolor en la planta del pie, la aparición de otras deformidades y mejorar la marcha. El procedimiento precisa habitualmente de anestesia de la cintura para abajo o general. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada. Para reducir la incidencia de trombosis en las venas se administrará la medicación oportuna.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

La corrección de la enfermedad conlleva un abordaje quirúrgico en la parte interna del pie, así como una incapacidad para apoyarlo adecuadamente. Dicha incapacidad suele ser temporal. Después de la intervención sufrirá dolor en la zona de la herida debida a la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas. Precisaré guardar reposo los primeros días.

3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Lesión de los vasos adyacentes.
- Lesión de los nervios adyacentes, que puede condicionar dolor local o adormecimiento del dedo.
- Lesión tendinosa.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar), que puede conducir a la muerte.
- Infección de la herida, que puede ser superficial (se resuelve con limpieza local y antibióticos) o profunda que requiere además de antibiótico apertura de la herida y drenaje
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como: reaparición de la clínica con el tiempo, necrosis (muerte) de la piel de la zona intervenida, retrasándose el proceso de curación, pérdida de la vascularización de uno de los huesos que se ha seccionado para corregir la deformidad, cicatriz de la operación dolorosa y antiestética.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:.....
.....
.....

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

El tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios, calzado adecuado, plantillas de descarga, fundas de silicona o algún dispositivo similar puede servir para mejorar las molestias.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas 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 me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En.....ade 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente

En.....ade 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a procedimiento de.....

En a de 200

Fdo. EL / LA DOCTOR / A

Fdo. EL / LA PACIENTE