

## **SINDROME DEL TUNEL TARSIANO**

### **Descripción de la enfermedad:**

Se debe a la compresión del nervio tibial posterior en el tobillo, lo cual produce dolor, hormigueos y disminución de la sensibilidad en el pie.

### **Tratamiento:**

Se recomienda la cirugía si no mejora con medicamentos (antiinflamatorios) e infiltraciones. La intervención consiste en realizar un destechamiento del túnel para descomprimir el nervio a través de una incisión en el pie. Precisa anestesia de cintura para abajo.

### **Beneficios del tratamiento:**

Mejora o desaparecen los síntomas y evita la progresión de la enfermedad previniendo una mayor degeneración del nervio. Sin embargo es habitual que la cicatriz produzca molestias a partir del primer mes de la operación y se prolonguen durante 6 a 12 meses.

### **Complicaciones más frecuentes:**

- Cicatriz hipertrófica y dolorosa.
- Persistencia de los síntomas.
- Dolor tipo calambre sobre la cicatriz que irradia a pierna.
- Sobreinfección de la herida.
- Disminución de la capacidad de mover los dedos
- Disminución de la fuerza en el pie.
- Distrofia simpático-refleja: consiste en dolor, pérdida de fuerza, tumefacción y cambios de color de la mano operada. Requiere tratamiento analgésico (medicamentos para el dolor) y rehabilitador.

*Si usted, o algún familiar desea mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio.*

### **RIESGOS PERSONALIZADOS:**

.....  
.....

## 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..... a ..... de..... de 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 la.....

En..... a ..... de..... de 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..... de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA PACIENTE**