

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS  
DEFORMIDADES DE LOS DEDOS DEL PIE.**

**1. DATOS DEL PACIENTE**

*Pegatina*

NOMBRE: .....

.....

D.N.I.: .....

**2. DATOS DEL REPRESENTANTE**

NOMBRE: ..... APELLIDOS: .....

D.N.I.: .....

VINCULACIÓN CON EL PACIENTE

Familiar o vinculado de hecho

Representante legal

**3. DATOS DEL MÉDICO**

*Sello facultativo*

NOMBRE: .....

.....

Nº COLEGIADO: .....

**4. DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN**

Deseo ser informado de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar:

SI

NO

Deseo que la información de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar, le sea proporcionada a D./Dña .....

## 5. PROCESO ASISTENCIAL

### 5.1. PROCEDIMIENTO

Consiste en la realización de una serie de gestos sobre los huesos, tendones y la articulación para corregir su alineación.

El propósito principal de la operación consiste en corregir las deformidades de los dedos para aliviar el dolor y mejorar la marcha.

El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole del tipo de anestesia que precisará.

Puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de complicaciones.

Como usted ya sabe, está siendo atendido en un Hospital que tiene reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas, los cuales participarán activamente en su asistencia debidamente tutelados por sus docentes.

### 5.2. CONSECUENCIAS SEGURAS

La corrección de la deformidad conlleva en ocasiones el acortamiento de los dedos intervenidos, así como una incapacidad para moverlos adecuadamente. Dicha incapacidad suele ser temporal.

Después de la intervención sufrirá dolor e hinchazón en la zona operada que puede prolongarse durante algún tiempo.

Según la técnica empleada le restringirán el apoyo completo del pie y deberá realizar los ejercicios que le indiquen.

### 5.3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de .....del lado.....son:

- 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.

- Rigidez de la articulación intervenida, acompañada o no de inflamación importante y descalcificación de los huesos (atrofia ósea).

- Reparación de la deformidad con el tiempo o producción de la deformidad contraria.

- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como: 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, retardo de la consolidación del hueso o cicatriz de la operación dolorosa y antiestética.

#### 5.4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar:

- Que no existan riesgos personalizados.
- Que existan los siguientes riesgos:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### 5.5. 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 pero no para corregir la deformidad.

#### 5.6 CONTRAINDICACIONES

En el caso de aparición de una infección activa o de un embarazo la cirugía estaría contraindicada. Si de ahora en adelante precisa medicación anticoagulante o para suprimir las defensas (inmunosupresores) o le aparecieran nuevas enfermedades, deberá comunicarlo con antelación.

### 6. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

#### DECLARO

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hoja/s adjunta/s que contienen la información clínica

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico de las deformidades de los dedos de los pies.

En Segovia, a ..... de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....

## **7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

He decidido revocar mi anterior autorización

En Segovia, a ..... de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....