

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HALLUX VAGUS

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 se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años
de edad, DNI n.º.....,
con domicilio en

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años
de edad, DNI n.º....., en calidad de
..... del paciente.

DECLARO

Que el Dr./la Dra..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **HALLUX VALGUS**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.
2. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.
3. El propósito principal de la intervención es corregir en lo posible la deformidad del primer dedo y de otros dedos afectados, prevenir la metatarsalgia y la aparición de otras deformidades como dedos en garra, hiperqueratosis y subluxaciones de articulaciones, mejorar la biomecánica del antepié e intentar la desaparición de los dolores.
4. La intervención consiste en la corrección de la deformidad a nivel del primer dedo del pie con realineación de éste y eliminación de la prominencia ósea (juanete) de la cara interna del primer metatarsiano y, si fuera necesario, una corrección de las deformidades asociadas del resto de los dedos. Para dicho propósito, puede precisar osteotomías asociadas multinivel /falange y/o primer

metatarsiano y/o primera cuña) y fijación con dispositivos mecánicos (agujas, tornillos, placas, etc.). Esta corrección se puede hacer mediante técnica convencional abierta o mediante técnica percutánea a través de pequeños orificios bajo control radioscópico.

5. Se recomendará el reposo relativo y/o descarga parcial o completa de la extremidad (según la técnica quirúrgica empleada).

RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PROTESIS DE RODILLA

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar a la articulación y el tejido óseo.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Edema persistente durante semanas o meses tras la intervención quirúrgica.
- e. Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.
- f. Reaparición de la deformidad del primer dedo.
- g. Alteraciones en la alineación del primer dedo (varo, en extensión o flexión).
- h. Limitación/rigidez de la movilidad de la primera articulación metatarsofalángica y/o metatarsalgia de transferencia.
- i. Necrosis avascular de la cabeza del primer metatarsiano.
- j. Acortamiento del primer dedo según la técnica que se emplee.
- k. Fractura del metatarsiano.
- l. Complicaciones específicas de las osteotomías: inestabilidad del primer radio, pérdida de corrección, problemas de consolidación, necrosis avascular.
- m. Complicaciones específicas de la cirugía percutánea: quemaduras en la piel, defectos de corrección por movilización de las osteotomías.
- n. Amputación.
- o. Problemas cutáneos: Necrosis cutáneas, cicatrices dolorosas y antiestéticas.
- p. Síndrome de Dolor Regional Complejo.
- q. Síndrome compartimental.
- r. Embolia grasa, trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- s. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE HALLUX VALGUS

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática, infiltraciones, uso de bastones, ortesis y pérdida de peso. Osteotomías para alinear la pierna. Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. **TAMBIÉN COMPRENDO QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, 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 procedimiento/tratamiento. En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/ tratamiento quirúrgico de **HALLUX VALGUS**

En....., a..... de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. El Dr./La Dra.

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE
LEGAL, FAMILIAR O
PERSONA VINCULADA DE HECHO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....

(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....

(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/ tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL/LA TESTIGO.

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE
LEGAL, FAMILIAR O PERSONA
VINCULADA DE HECHO