

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HALLUX VALGUS (KELLER)

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

Consiste en la obtención del bloqueo del movimiento de una articulación mediante la cirugía. Para obtener dicho fin se necesita quitar las superficies de deslizamiento (cartílagos) de los huesos a fijar, su puesta en contacto y su mantenimiento mediante tornillos, placas, fijadores o yeso, hasta que se obtenga la unión. Para acelerar el proceso puede ser necesario añadir un injerto de hueso, generalmente de otra parte del organismo.

La operación puede tener como objetivo la corrección de una deformidad, el tratamiento primario de una fractura con gran destrucción articular que no se pueda reconstruir, el tratamiento de las secuelas dolorosas de una fractura, o el tratamiento de una destrucción importante de una articulación, donde no esté indicada la colocación de una prótesis.

La intervención precisa anestesia, que puede ser regional o general dependiendo de sus condiciones y de la articulación a fijar.

El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento a realizar, puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

La principal consecuencia de la intervención es la pérdida definitiva de su movimiento, que compensará en parte con el movimiento de las articulaciones adyacentes. Esta compensación conduce a la larga una sobrecarga y la aparición de artrosis, sobre todo en las articulaciones que soportan peso. La extirpación de parte del hueso también conlleva una pérdida de la longitud del mismo.

Durante la operación existe una pérdida de sangre que puede requerir transfusiones sanguíneas. El servicio de Hematología le informará de las complicaciones de las mismas

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS

Las complicaciones de la artrodesis quirúrgica de la articulaciónson:

- 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 vasos de la extremidad.
- Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- 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.
- Fractura de un hueso en el momento de realizar la intervención, o con posterioridad a la fusión.

- Retardo o ausencia de la consolidación, con persistencia de dolores en la zona.

- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona operada hacia el extremo del miembro, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), fijación de la articulación en mala posición y reacción alérgica / toxicidad debida al material implantado.

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

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, efectuar reposo relativo y descargar la articulación afecta. Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la articulación o la deformidad.

6. DECLARACION 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

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de.....del paciente.....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

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A Fdo. EL / LA REPRESENTANTE

TESTIGO

Yo, Don/Dña declaro bajo mi responsabilidad que Don/Dña.
..... ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la
Doctor/a..... Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado, y el médico que
le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que
le ha planteado. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación,
puede revocar el consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y
comprende la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y ha expresado libremente su
CONSENTIMIENTO de que se le realice al paciente
.....
.....

En, a de.....de

Fdo. EL / LA PODÓLOGO /A Fdo. EL / LA TESTIGO

7. REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

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

En, a de.....de

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A Fdo. EL / LA PACIENTE