Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE HALLUX VALGUS

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 podólogo/a 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, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

Yo, D./Dª._____ con DNI nº**.** _____ ¡Error! Marcador no definido.¡Error! Marcador no definido.en forma voluntaria, y en pleno uso de mis funciones mentales y de mis derechos, consiento que D./Dª_____, Podólogo con nº de colegiado _____ del Colegio de Podólogos de_____, 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 y radiografías. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. PROCEDIMIENTO.

El "juanete" o hallux valgus es una deformidad del pie en la cual el dedo gordo se desvía hacia los otros dedos, deformándolos secundariamente. Esta enfermedad afecta, en mayor o menor grado, a los dos pies. La desviación del dedo gordo produce, además, una prominencia que, con gran frecuencia, se inflama y, en ocasiones, se infecta y ulcera provocando cuadros muy dolorosos. Igualmente puede dar callosidades dolorosas en los otros dedos y en la planta del pie, y deformidad en flexión de los dedos adyacentes.

La corrección de la deformidad se puede efectuar por numerosas técnicas: sección y alineación del hueso deformado, creación de una nueva articulación mediante la extracción de una parte del hueso del dedo, así como de la prominencia de ese mismo dedo o mediante la liberación y reanclaje de algunos tendones.

El objetivo de la intervención consiste en aliviar el dolor, corregir la deformidad del dedo, prevenir el dolor en la planta del pie, evitar la aparición de otras deformidades y mejorar la marcha.

El procedimiento precisa habitualmente de anestesia de la cintura para abajo, general o local. El Servicio de Anestesia y Reanimación, así como el podólogo, estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de trombosis en las venas se le administrará la medicación oportuna.

3. CONSECUENCIAS SEGURAS.

La corrección de la deformidad conlleva el acortamiento de los dedos intervenidos, así como una incapacidad para moverlos 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 o meses o bien hacerse continuo.

Precisará guardar reposo los primeros días, aunque desde el 2º día después de la intervención tendrá que comenzar a movilizar el dedo operado según se le indique.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de tratamiento de la HALLUS VALGUS puede presentar complicaciones:

a) 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 implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.
b) Lesión de los vasos adyacentes.
c) Lesión de los nervios adyacentes, que puede condicionar dolor local o adormecimiento del dedo.
d) Lesión tendinosa.
e) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
f) 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.
g) Rigidez de la articulación intervenida, acompañada o no de inflamación importante y descalcificación de los huesos (atrofia ósea).
h) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones como: reaparición de la deformidad con el tiempo o producción de la deformidad contraria, 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.

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.

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 y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de 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 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 procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de HALLUX VALGUS

Con todo lo expuesto anteriormente, doy mi conformidad:

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo.:

El paciente
D./Dª: _____
DNI: _____

El Podólogo
D./Dª: _____
DNI-CIF: _____
Nº Colegiado: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Clínica_____
Finalidad:_____
Prestación de asistencia médica solicitada. **Legitimación:** Cumplimiento de una obligación legal, del artículo 9.2. h) del RGPD (UE) 2016/679.**Destinatarios:** Le informamos que sus datos no van a ser cedidos o comunicados a terceros, la empresa es la única responsable para su tratamiento y custodia, excepto a organismos de la Administración Pública y Autoridades competentes en aquellos casos en que nos requieran legalmente o en los casos en que, actuando de buena fe, consideremos que tal acción es razonablemente necesaria para cumplir con un proceso judicial; para contestar cualquier reclamación o demanda jurídica; o para proteger los derechos de la empresa o sus clientes y el público en general. **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer enviando un correo electrónico con copia de NIF a nuestra dirección electrónica. _____@_____**Procedencia:** El propio interesado o su

representante legal. **Información adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: _____

Consejo General
de Colegios
Oficiales
de Podólogos
de España

Clínica:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha _____ revoco el consentimiento prestado para la realización del procedimiento/tratamiento quirúrgico propuesta.

Fdo.:

El paciente
D./Dª: _____
DNI: _____

El Podólogo
D./Dª: _____
DNI-CIF: _____
Nº Colegiado: _____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Clínica_____
Finalidad:_____
Prestación de asistencia médica solicitada. **Legitimación:** Cumplimiento de una obligación legal, del artículo 9.2. h) del RGPD (UE) 2016/679.**Destinatarios:** Le informamos que sus datos no van a ser cedidos o comunicados a terceros, la empresa es la única responsable para su tratamiento y custodia, excepto a organismos de la Administración Pública y Autoridades competentes en aquellos casos en que nos requieran legalmente o en los casos en que, actuando de buena fe, consideremos que tal acción es razonablemente necesaria para cumplir con un proceso judicial; para contestar cualquier reclamación o demanda jurídica; o para proteger los derechos de la empresa o sus clientes y el público en general. **Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer enviando un correo electrónico con copia de NIF a nuestra dirección electrónica. _____@_____**Procedencia:** El propio interesado o su

representante legal. **Información adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: _____.