

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HALLUX VALGUS Y DEDOS EN GARRA**

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**

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 dando 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, la aparición de otras deformidades y mejorar la marcha. El procedimiento precisa habitualmente de anestesia de la cintura para abajo o general. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada. Para reducir la incidencia de trombosis en las venas se administrará la medicación oportuna.

### **2. CONSECUENCIAS SEGURAS**

La corrección de la deformidad conlleva el acortamiento de los dedos intervenidos, así como una incapacidad par 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, meses o hacerse continuas. Precisarás 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.

### **3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS**

- 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)
- De forma poco habitual pueden existir 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.

### **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**

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

## 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**