

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DEL ALJARAFE**

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMIDADES (DEDO EN GARRA, DEDO EN MARTILLO).

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. **Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

La intervención consiste en la realización de cortes y resecciones en los huesos, tendones y cápsula articular de los dedos deformados para conseguir la realineación de los mismos. El objetivo principal de la operación es aliviar el dolor, corregir la deformidad del dedo y mejorar la marcha, así como prevenir el dolor en la planta del pie y la aparición de otras deformidades.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención puede ser realizada mediante cirugía abierta con cortes longitudinales o mediante cirugía poco invasiva, a través de varios pequeños cortes. Las técnicas correctoras pueden ser muy diversas. Todas ellas pueden necesitar el empleo de materiales de fijación (agujas, tornillos...)

- Sección y alineación del hueso deformado (osteotomía).
- Unión de dos huesos (artrodesis).
- Creación de una nueva articulación mediante la extracción de una parte de hueso del dedo (artroplastia).
- Resección de la prominencia de hueso (exostosectomía).
- Alargamiento o cambio de la inserción de algunos tendones.

La operación necesita anestesia general, o de la extremidad que se va a intervenir. El servicio de anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted. En ciertos casos es posible realizar la intervención bajo anestesia local.

Dependiendo del tipo de operación, de la necesidad de reposo y de su estado previo de salud, puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección o de trombosis.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

- Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización.
- Durante unos días necesitará reposo con el miembro intervenido en alto.
- Durante unas semanas puede precisar vendaje corrector, férula de inmovilización y elevación del pie intervenido.
- Al principio puede presentar pérdida de fuerza que recuperará a medida que vaya ejercitando la extremidad.
- Según el tipo de operación y de anestesia, puede necesitar una sonda de orina durante algunos días.

Es importante que sepa que una causa importante de la aparición de estas deformidades de los pies es el uso habitual de calzado inadecuado (tacones excesivos, puntas muy estrechas). Si después de la intervención se utiliza calzado de este tipo es más probable que las deformidades reaparezcan.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Al corregir las deformidades mejorará:

- La estética del pie.
- Disminuirá el dolor del pie al desaparecer las zonas de dureza o callo provocadas por la sobrecarga.
- La deformidad y el mal apoyo de la planta del pie.
- Y además, podrá caminar mejor o permanecer mejor de pie.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Si usted decide no someterse a esta intervención, la alternativa sería seguir en su situación clínica actual, pudiéndose tratar inicialmente con ejercicios de rehabilitación intensiva y el uso de ortesis (material de ortopedia) correctoras y calzado a medida.

Cuando este tratamiento resulta ineficaz y no se consigue corregir las deformidades ni evitar los síntomas descritos con anterioridad, se recomienda el tratamiento quirúrgico.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- Tras la operación es normal sentir dolor o molestias en las zonas cercanas. Por lo general desaparecen en pocos días, pero existe el riesgo de que se prolonguen en el tiempo o se hagan continuas.
- Anemia postoperatoria que puede necesitar una transfusión sanguínea.
- Retardo de consolidación: A veces, los fragmentos del hueso operado tardan más tiempo en lograr una unión satisfactoria y esto obliga a prolongar el tratamiento.
- Pseudoartrosis: Los fragmentos del hueso operado no consiguen unirse, y esto suele obligar a plantear una nueva operación.
- Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos.
- Complicaciones de la cicatriz: Existe el riesgo de que la cicatriz de la operación sea dolorosa o poco estética.
- Necrosis cutánea: La pérdida del riego sanguíneo de la piel próxima a la herida puede hacer necesaria la extirpación de zonas de piel muerta y su cobertura con injertos.
- Fractura del hueso que se manipule en la intervención.
 - **LOS MÁS FRECUENTES:**
 - Edema postoperatorio en los dedos que puede tardar meses en ceder.
 - Pérdida progresiva de la corrección con reaparición de la deformidad.
 - Acortamiento, alargamiento o rotación del hueso operado que provoque alteraciones en el eje de los dedos.
 - Si la resección ósea requerida es considerable, puede dejar un dedo colgante.
 - Pequeños hematomas en los labios de la herida o a nivel subcutáneo.
 - A veces no se consigue la fusión de la articulación, y si ésta es dolorosa, será necesario volver a intervenir.
 - Dolor en otras áreas del pie por cambios del apoyo y la carga de peso.
 - Rotura, movilización o aflojamiento de los materiales empleados para la fijación (tornillos, placas, etc.). Si esto sucede antes de que el hueso haya unido, es muy probable que necesite una nueva operación; si ocurre después, dependerá de las molestias que provoque.
 - Intolerancia al material utilizado para fijar el hueso que puede obligar a su retirada.
 - **LOS MÁS GRAVES:**
 - Edema postoperatorio en los dedos que puede tardar meses en ceder.
 - Pérdida progresiva de la corrección con reaparición de la deformidad.
 - Acortamiento, alargamiento o rotación del hueso operado que provoque alteraciones en el eje de los dedos.
 - Si la resección ósea requerida es considerable, puede dejar un dedo colgante.
 - Pequeños hematomas en los labios de la herida o a nivel subcutáneo.
 - A veces no se consigue la fusión de la articulación, y si ésta es dolorosa, será necesario volver a intervenir.
 - Dolor en otras áreas del pie por cambios del apoyo y la carga de peso.
 - Rotura, movilización o aflojamiento de los materiales empleados para la fijación (tornillos, placas, etc.). Si esto sucede antes de que el hueso haya unido, es muy probable que necesite una nueva operación; si ocurre después, dependerá de las molestias que provoque.
 - Intolerancia al material utilizado para fijar el hueso que puede obligar a su retirada.
 - **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Existen situaciones en las cuales la conveniencia de la cirugía de estas deformidades puede ser dudosa o cuestionable:

- Enfermedad circulatoria grave.
 - Infección o lesiones de la piel en la extremidad que se va a operar.
 - Pacientes que por cuestiones personales o sociales no van a seguir las recomendaciones y cuidados posteriores a la intervención.
 - Otras: Hay pacientes que pueden presentar situaciones que supongan un riesgo muy elevado para la anestesia. Deberá comunicar al personal sanitario cualquier situación de este tipo antes de la intervención.
-

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
---	---------------------------

2 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA DEL HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMIDADES (DEDO EN GARRA, DEDO EN MARTILLO).

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.
(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
---	----------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.: