



BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO
HALLUX BALGUS-EN INTERBENTZIO KIRURGIKOA
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL HALLUX VALGUS

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. AZALPENA:

Hauxe da interbentzio honen helburu nagusia: behatzen deformazioa zuzentzea, ahal den neurrian; prebenitzea metatarsalgia eta beste deformazio batzuk (erpe-erako behatzak, adibidez), hiperkeratosiak eta artikulazioen azpiluxazioak agertzea; behatzen biomekanika hobetzea; eta ahalegintzea minak desagerrarazten.

Operazioaren oinarria da oinaren lehenengo erradioan dagoen deformazioa zuzentzea, oina berriz zuzentzea, eta lehenengo metatarsianoko barnealdeko hezur-konkorra kentzea; baleude, oin-aurreko deformazioak ere zuzenduko lirarteke.

Ebakuntza honetan, anestesia erabili behar da, Anestesia Zerbitzuak balorazioa eginda.

C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:

- Interbentzio kirurgiko guztietan daude berez konplikazioak, erabilitako teknikak nahiz pazientearen egoera orokorrak eraginda (diabetesa, kardiopatia, hipertentsioa, adinekoa izatea, anemia, obesitatea,...). Horietako batzuk larriak izan daitezke, eta horren ondorioz baliteke tratamendu osagarriak egin behar izatea (medikoak zein kirurgikoak). Hiltzeko arriskua ere badago, txiki-txikia bada ere.
- Interbentzio kirurgiko honen konplikazioak hauexek izan daitezke:
 - a) Deformazioa berriro agertzea.
 - b) Lehenengo behatza erpe-eran.
 - c) Lehenengo behatza inurritzea, behatzetako nerbioen lesioagatik.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

B. DEFINICIÓN:

El propósito principal de la intervención consiste en corregir en lo posible la deformidad de los dedos, prevenir metatarsalgias 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.

La intervención consiste en la corrección de la deformidad a nivel del primer radio del pie con realineación de éste y eliminación de la prominencia ósea de la cara interna del primer metatarsiano y, si fuera necesario, una corrección de las deformidades concomitantes del pie anterior.

La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- 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, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Las complicaciones esta intervención quirúrgica para pueden ser:
 - a) Recidiva de la deformidad.
 - b) Primer dedo en garra.
 - c) Adormecimiento del primer dedo por lesión de los nervios digitales.



d) Behazetako nerbioetako neuromak.

d) Neuronas de nervios digitales.

e) Zauri-ertzetako nekrosia.

e) Necrosis de los bordes de la herida.

f) Hematomak.

f) Hematomas.

g) Behatz-arteko lehenengo mintzaren kontraktura.

g) Contractura de la primera membrana interdigital.

h) Artikulazio metatartso-falangikoaren mugimendua mugatzea.

h) Limitación del movimiento de la articulación metatarso falángica.

i) Zauri kirurgikoaren infekzioa, azalekoa edo sakona; barne-egiturak kaltetzeko arriskua (osteitisa, artritis septikoa, etab.).

i) Infección de la herida quirúrgica ya sea superficial ya sea superficial o profunda con riesgo de afectación de estructuras internas (osteitis, artritis, séptica, etc.).

j) Lehen metatarsianoaren buruaren nekrosi baskularra.

j) Necrosis vascular de la cabeza del primer metatarsiano.

k) Odoljarro larria, ebakuntza-ondokoan.

k) Sangrado excesivo en el postoperatorio.

l) Lehenengo behatza laburtzea.

l) Acortamiento del primer dedo.

m) Metatartsianoa apurtzea.

m) Fractura del metatarsiano.

n) Distrofia sinpatiko-erreflexu apur bat.

n) Algo distrofia simpático-refleja.

o) Zain-tronbosi sakona.

o) Trombosis venosa profunda.

p) Inoiz, biriketako tronboenbolismoa (ondorio larriak ditu).

p) Y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.

q) Batzuetan, hondar-molestiak geratzen dira, eta tratamendu ortopediko eta/edo medikoa egin behar izaten da, baita beste interbentzio bat ere, batzuetan.

q) A veces quedan molestias residuales que pueden requerir tratamiento ortopédico y/o médico y en algunas ocasiones una segunda intervención.

• Kirurgiaren uanean bertan, ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak programatutako teknika kirurgikoa aldatu lezake.

• Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:

D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:

<~~ ~>

<~~ ~>

E.BESTELAKO AUKERAK:

E. ALTERNATIVAS:

<~~ ~>

<~~ ~>



<-->

Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa: Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

Pazientea/k / El Paciente/s

Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<--> <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



Medikua/k / El/La Médico/s

Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

Sinadura eta data

Firma y fecha

Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad

Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal

Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

Sinadura eta data

Firma y fecha