

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA MUÑECA Y MANO TRAUMÁTICA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Esta cirugía se aplica a las lesiones causadas por un traumatismo, que pueden afectar cualquier parte de la muñeca o la mano.

Se restaura, en la medida de lo posible, la anatomía y funcionalidad normal de la mano mediante técnicas como: limpieza quirúrgica, fijación de fracturas, reducción de luxaciones, sutura de tendones, nervios y vasos sanguíneos y cobertura cutánea.

En algunos casos, también puede ser necesario reemplazar una articulación o retirar fragmentos de hueso rotos, e incluso realizar una amputación parcial o total de uno o más dedos. Si hay una amputación traumática, se estudia la posibilidad de reimplantar la parte perdida.

La finalidad es recuperar, en la medida de lo posible, la forma y función normales de la mano y muñeca.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

- Pérdida de alguna parte de la mano, si hay amputación.
- Limitación del movimiento en el caso de haber realizado una fijación o artrodesis.
- Limitación del movimiento de la muñeca y dedos en caso de lesiones graves de los huesos o tendones.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hematoma.
- Lesión de vasos sanguíneos y nervios cercanos que puede suponer una disminución de la sensibilidad o una parálisis temporal o definitiva.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- Falta de unión o unión en mala posición de los huesos.
- Complicaciones cutáneas (necrosis o muerte de la piel de la zona intervenida), que retrasa el proceso de curación y que requiera realizar injertos posteriores.
- Intolerancia, movilización, infección o rotura del material implantado.
- Infección profunda que afecta a la prótesis, hueso o tejidos, que obliga a su retirada y posterior reconstrucción con otra intervención.
- Rrigidez y/o limitación de movimientos.
- Reintervenciones para cirugía secundaria.
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (aumento de la presión en un compartimento muscular), que puede precisar una descompresión quirúrgica.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.

- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y graves consecuencias).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.
- Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dolor, mala cicatrización, cambios en la sensibilidad, etc.)

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico, ortopédico o de rehabilitación, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA MUÑECA Y MANO TRAUMÁTICA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
	Col. Nº:
DNI/NIE o pasaporte:	Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: