

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA MANO REUMÁTICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La mano reumática es una dolencia inflamatoria producida por la artritis reumatoide u otras artritis específicas, que afectan a las diferentes articulaciones y partes blandas de la mano. Esto produce deformidades, artrosis, inflamación o rotura de tendones, compresión de nervios y dolor, tanto mecánico como en reposo. Todo ello dificulta la función de la muñeca y mano.

Las técnicas que se pueden utilizar son muy diversas y cada caso es valorado por el cirujano.

- Artroplastia: sustituir la articulación desgastada por otro tejido o bien por una prótesis artificial.
- Artrodesis: fijación definitiva de la articulación.
- Sinovectomía: limpieza de los tejidos inflamados que rodean los tendones y tapizan las articulaciones.
- Trasposición o reparación de tendones rotos: utilizar otro tendón cercano que pueda realizar la función del tendón dañado sin provocar trastornos en el normal funcionamiento de la mano.
- Corrección de las deformidades de los dedos: imprescindible para restaurar la función de presa de la mano.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la técnica es corregir las deformidades, mejorar el dolor y la función prensora de la mano.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

En caso de artrodesis, se pierde el movimiento de la articulación de forma permanente.

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:

- Reaparición del problema debido a que la enfermedad puede avanzar o empeorar, lo cual es bastante común.
- Lesión de vasos sanguíneos o nervios cercanos, lo que puede causar pérdida de sensibilidad o incluso parálisis, ya sea temporal o permanente.
- Rotura o estallido del hueso durante la operación, al manipularlo.
- Falta de unión o unión en mala posición de los huesos.
- Problemas con el material implantado, como rechazo, desplazamiento, infección o rotura.
- Infección profunda que afecta la prótesis, el hueso o los tejidos, lo que obliga a su retirada y hacer otra cirugía para reconstruir.
- Rigidez o dificultad para mover la articulación después de la operación.
- Rotura de tendones o ligamentos cercanos a la zona intervenida.

- Formación anormal de hueso alrededor de la articulación (osificación heterotópica), que puede causar dolor y rigidez.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- 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.
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y graves consecuencias).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dolor, mala cicatrización, cambios en la sensibilidad, etc.)
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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

- Mala calidad ósea.
- Mala situación vasculo-nerviosa del miembro a operar.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico controlado por reumatología.
- Inmovilización mediante ortesis (dispositivos externos que sirven de apoyo y soporte).
- Rehabilitación.
- Infiltración de corticoides.

AUTORIZACIÓN PARA “CIRUGÍA DE LA MANO REUMÁTICA”

Yo, D./D^a. , como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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

Firma del representante legal: