

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una afección de la mano que forma un engrosamiento en forma de nódulos o cuerdas fibrosas, justo debajo de la piel de la palma. Con el tiempo, este tejido se contrae o se acorta pudiendo causar una contractura permanente de los dedos, dificultando abrir completamente la mano.

El procedimiento consiste en la extirpación del tejido fibroso patológico que se produce en la capa profunda de la piel de la mano.

Si la enfermedad está muy avanzada, puede que sea necesaria una intervención previa para estirar parcialmente los dedos afectados. Muy rara vez, puede estar indicada la fijación de la articulación o la amputación del dedo.

Tras la operación, es posible que la piel no se cierre con normalidad, que sea necesario un procedimiento de alargamiento o de injerto de piel, o que se deje la herida abierta para que cicatrice bajo supervisión.

La finalidad de la técnica es corregir la deformidad de la mano, recuperar su funcionalidad y dejar las mínimas secuelas estéticas posibles.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

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 o lesión vascular.
- Lesión de vasos sanguíneos y nervios cercanos que puede suponer una disminución de la sensibilidad o una parálisis temporal o definitiva.
- Rigidez y/o limitación de movimientos.
- Muerte (necrosis) de la piel de la zona intervenida, que retrasa el proceso de curación.
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Reaparición de la enfermedad con el tiempo en la zona intervenida o en otras zonas.
- 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).
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivadas del uso del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- 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 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.
- Rehabilitación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN"

Yo, D./Dª. _____, 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./Dª. _____, 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: