

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTRODESIS INTERFALÁNGICA DISTAL (MANO)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en fijar la articulación del dedo que está dañada. Para hacerlo, se accede a los huesos del dedo, que son la falange media y la falange distal. Una vez allí, se preparan los extremos de estos huesos, se colocan en la posición correcta y se fijan con materiales de osteosíntesis como agujas, clavos, fijadores externos, tornillos y/o placas.

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

La finalidad del procedimiento es aliviar el dolor y recuperar la estabilidad y la fuerza en la mano afectada.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La fijación de la articulación hará que pierda la movilidad en flexión y extensión (hacia arriba y abajo) de la misma.

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 algún nervio digital que pudiera causar de forma temporal o definitiva trastornos sensitivos.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Pseudoartrosis (falta de unión de la artrodesis), que obligaría a una nueva intervención.
- Rotura, aflojamiento o penetración articular del material de osteosíntesis o instrumental quirúrgico.
- Fractura o estallido de los huesos que se manipulan.
- Pérdida de fuerza.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivados del manguito de isquemia. (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.
- Infección activa.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Medicación sintomática.
- Infiltraciones.
- Inmovilización mediante ortesis (dispositivos externos que sirven de apoyo y soporte).

AUTORIZACIÓN PARA "ARTRODESIS INTERFALÁNGICA DISTAL (MANO)"

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 _____



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
*Servicio de Traumatología
y Cirugía Ortopédica*

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: