

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTROPLASTIA DE MUÑECA Y DEDOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en reemplazar la articulación dañada por una prótesis artificial. Para colocarla, se preparan los extremos de los huesos que forman la articulación y luego se implanta la prótesis. Para que quede bien sujeta al hueso, a veces se necesita usar cemento, tornillos o pequeñas 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 mantener la movilidad de la articulación afectada.

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 o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Aflojamiento, rotura o desgaste de los implantes o material quirúrgico
- Infección del implante, lo que puede afectar al tejido óseo.
- Fractura o estallido de los huesos que se manipulan.
- 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).
- 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.
- Alteraciones graves de la circulación no controladas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Infiltraciones.
- Tratamiento médico.
- Otras técnicas quirúrgicas.
- Inmovilización mediante ortesis (dispositivos externos que sirven de apoyo y soporte).

AUTORIZACIÓN PARA "ARTROPLASTIA DE MUÑECA Y DEDOS"

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



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*

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: