

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE TENOSINOVITIS ESTENOSANTE Y ENTESITIS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La tenosinovitis es la inflamación del revestimiento de la vaina que rodea al tendón, y la entesitis la inflamación de la entesis, zona donde un tendón, ligamento, cápsula articular o fascia muscular se une al hueso. Se produce por infecciones, sobrecarga, tensión o por causa desconocida entre otras.

El procedimiento consiste en resecar el tejido inflamado, quitar total o parcialmente la inserción tendinosa inflamada y la sección parcial o total de la vaina y/o polea tendinosa para conseguir que los tendones se movilicen de forma adecuada sin engatillarse ni provocar dolor.

La finalidad principal de la intervención es disminuir el dolor y la inflamación de las inserciones o trayectos tendinosos y mejorar la función de los tendones.

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:

- Infección de la herida quirúrgica que puede afectar al tejido óseo.
- Cicatriz dolorosa.
- Lesión de vasos sanguíneos cercanos.
- Lesión de nervios de alrededor, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón del miembro correspondiente que, en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede tener consecuencias fatales.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- Rigidez de las articulaciones vecinas.
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- La resección de las zonas tendinosas afectadas puede debilitar el tendón, con posibilidad de que se rompa.
- Algodistrofia o enfermedad de Sudeck: cambios en el color, sensibilidad y la temperatura de la piel, con dolor, sudor e inflamación.
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivadas del manguito de isquemia (mantiene la zona quirúrgica libre de sangre).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, 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)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |

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

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Tratamiento médico y/o infiltraciones locales.
- Tratamiento rehabilitador y uso de órtesis.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE TENOSINOVITIS ESTENOSANTE Y ENTESITIS"

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: