

| | | | |
|--------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| SERVICIO: | | Nº Historia Clínica: | |
| Unidad: | | Nombre Paciente: | |
| Habitación: | Cama: | Fecha Nacimiento: | Sexo: |

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS TENOSINOVITIS ESTENOSANTES (TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DE QUERVAIN, DEDOS EN RESORTE...) ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

| | | | |
|---|------------|--------------|--------------|
| DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal: | | | |
| NOMBRE APELLIDOS (Paciente) | DNI | FIRMA | FECHA |
| De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento | | | |
| NOMBRE APELLIDOS (Paciente) | DNI | FIRMA | FECHA |

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La tenosinovitis estenosante es un proceso por el cual se reduce la luz del canal por donde circulan los tendones (vainas tendinosas), provocando dolor y limitando la movilidad de los mismos. Su etiología puede ser congénita o inflamatoria (por sobreesfuerzos, enfermedades reumáticas o sin causa aparente).

La intervención consiste en la sección parcial de esa vaina para mejorar la sintomatología dolorosa y conseguir que los tendones se movilicen adecuadamente sin engatillarse.

La intervención precisa anestesia local o regional. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito principal de la intervención es la liberación del/los tendón/es reseñado/s para conseguir un correcto funcionamiento del/los mismo/s y eliminar la sintomatología clínica que ocasiona en el paciente.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Inicialmente el proceso se puede tratar con reposo, rehabilitación, antiinflamatorios o con infiltraciones. Cuando estas terapéuticas fracasan, debemos recurrir al tratamiento quirúrgico para intentar aliviar la sintomatología.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Dado que únicamente se secciona la vaina, el engrosamiento del tendón persiste tras la intervención, pudiendo reducirse con el tiempo.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas, así como un periodo variable de inflamación.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización del procedimiento quirúrgico que se le propone puede conllevar la progresión del cuadro, con persistencia e incluso empeoramiento de la clínica.

RIESGOS FRECUENTES

C. I. REALIZACIÓN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: TENOSINOVITIS ESTENOSANTES (DE QUERVAIN, DEDOS EN RESORTE)

C/ Obispo Rafael Torija, s/n- 13005 CIUDAD REAL – Telf: 926 27 80 00 – Fax: 926 27 85 02

Página 1 de 2

Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la tenosinovitis estenosante de.....son:

1. Lesión de vasos adyacentes.
2. Lesión de nervios adyacentes, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis.

Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.

3. Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.

4. Infección de la herida.

5. Cicatriz de la herida dolorosa.

6. Rigidez de las articulaciones de los dedos, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación de la mano (atrofia ósea).

7. Cuadro de inflamación, dolor, disminución de movilidad y alteraciones vasomotoras (Síndrome Doloroso Regional Complejo I - II)

8. Reparación de la sintomatología con el tiempo.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:.....

CONTRAINDICACIONES

1. Infección local en área herida quirúrgica.

2. Presencia de proceso febril u otro cuadro médico que aconseje retrasar la cirugía (cada caso será debidamente explicado al paciente).

| | | | |
|---|------------|--------------|--------------|
| PACIENTE | | | |
| D/D ^a | | | |
| DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento | | | |
| NOMBRE / APELLIDOS | DNI | FIRMA | FECHA |
| FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE | | | |
| D/D ^a | | | |
| DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento | | | |
| TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE | DNI | FIRMA | FECHA |
| MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a | | | |
| DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo. | | | |
| MÉDICO RESPONSABLE | DNI | FIRMA | FECHA |