



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ARTROPLASTIA DE MUÑECA Y DEDOS

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años
de edad, DNI n.º.....,
con domicilio en

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años
de edad, DNI n.º....., en calidad de
..... del paciente.

DECLARO

Que el Dr./la Dra..... me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ARTROPLASTIA DE MUÑECA/DEDOS MANO**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

INFORMACION GENERAL

Usted ha sido diagnosticado de padecer una destrucción de la articulación.....
Esta destrucción es el resultado de la evolución de su enfermedad.....
y su médico le ha propuesto, como mejor tratamiento, la realización de una "artroplastia", ("Prótesis"
O "Implante") es decir, la sustitución de su articulación por otra artificial. El propósito principal de la
intervención consiste en aliviar el dolor y mantener la movilidad de la articulación afectada. La
intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia
y Reanimación.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE LA ARTROPLASTIA

Para la colocación de la prótesis es necesario acceder a la articulación dañada, preparar los extremos de los huesos que forman la articulación y colocar este implante artificial. El material que se coloca puede ser metálico o plástico, y para fijarlo al hueso puede ser necesario el uso de cemento y/o tornillos y pequeñas placas. Cabe la posibilidad, que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento (incluso plantear una nueva intervención), debido a los hallazgos intra-operatorios, por lo que es frecuente asociar otras intervenciones tales como la “sinovectomía” (tendinosa o de otras articulaciones) y el tratamiento de los tendones por la rotura de los mismos (Injerto tendinoso o transferencia músculos-tendinosa).

RIESGOS DE LA ARTROPLASTIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y a los específicos del procedimiento:

LOS MÁS FRECUENTES

1. Sangrado importante en el postoperatorio inmediato.
2. Como todo material extraño implantado en el cuerpo, puede producirse una infección aunque este riesgo se minimiza mediante el uso de antibióticos administrados de forma profiláctica y una técnica escrupulosa.
3. Lesiones de troncos nerviosos y de vasos sanguíneos que se hallan situados alrededor de la articulación
4. Alteraciones en la cicatrización: dehiscencia (apertura) de la herida por la tensión de los bordes de la misma, por necrosis o infección, lo que requeriría para su solución una nueva intervención (limpieza, injerto cutáneo etc.) Esta posibilidad es mayor en función de los tratamientos que pueda seguir por su enfermedad_____
5. Movilidad disminuida y edema de la muñeca/mano al retirar el vendaje postquirúrgico.

LOS MÁS GRAVES

6. Aflojamiento de los implantes. En ese caso se deberá plantear, por lo general, un recambio de la prótesis.
7. Fractura de los huesos donde se colocó el implante
8. Aparición de un “Síndrome dolo regional complejo tipo I” (algodistrofia simpático refleja o “sudeck”) que se acompaña de dolor, tumefacción y rigidez que es de muy difícil tratamiento y puede dejar serias secuelas.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla

BENEFICIOS DE LA CIRUGIA

Conseguir el movimiento indoloro de la articulación

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

1. Podría seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, reposo relativo e inmovilización de la articulación afecta pero.....
2. La alternativa más común a una artroplastia es una artrodesis, es decir, la fijación de la articulación eliminando la movilidad. Su médico le explicará porque, en su caso, no cree indicada esta posibilidad.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE SOLICITAMOS SU CONSENTIMIENTO

1. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.
2. He entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente.

En cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir. Si desea más información, no dude en preguntar al especialista responsable.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento quirúrgico de **ARTROPLASTIA DE MUÑECA/DEDOS MANO**

En....., a..... de.....de.....

Fdo. El Dr./La Dra.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE
LEGAL

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....

(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....

(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/ tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL/LA TESTIGO.

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE
LEGAL, FAMILIAR O PERSONA
VINCULADA DE HECHO