



Dr. FERNANDO ESCAMEZ ABAD
Médico Especialista en Traumatología
Y Cirugía Ortopédica

PACIENTE:

Fecha intervención:

Intervención a realizar:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tratamiento de tenosinovitis estenosante

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 le se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

PROCEDIMIENTO

La tenosinovitis estenosante es un proceso por el cual se reduce la luz del canal por donde circulan los tendones (vaina tendinosa), 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.

CONSECUENCIAS SEGURAS

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.

DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

- 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.

- Lesión de vasos adyacentes.

- Lesión de nervios adyacentes, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis.

- Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.

- 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.

- Infección de la herida.

- Cicatriz de la herida dolorosa.

- 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).

- Reaparición de la sintomatología con el tiempo.



RIESGOS PERSONALIZADOS

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

-
-
-
-

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PACIENTE

He leído la hoja de información que me ha entregado el Dr. Fernando Escámez Abad. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice la intervención propuesta.

En Almería, a de de

Fdo. DR FERNANDO ESCAMEZ ABAD

Fdo. EL / LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña .en calidad de
del

Paciente He leído la hoja de información que me
ha entregado el/la

Dr. Fernando Escámez Abad. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y se me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento/procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO que se realice al paciente la intervención propuesta.

Almería, a de de

Fdo. REPRESENTANTE LEGAL

Fdo. Dr Fernando Escámez Abad

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña REVOCO el consentimiento
prestado en fecha , y declaro por tanto que, tras la información recibida, no
consiento en someterme al procedimiento de quirúrgico propuesto.

Almería, a de de

Fdo. PACIENTE

Fdo. Dr Fernando Escámez Abad