

Consentimiento informado de dedo en resorte

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

Información general:

Llamamos dedo en resorte a una inflamación de las vainas que rodean los tendones flexores de los dedos, lo cual produce un “engatillamiento” doloroso del dedo al intentar doblarlo. La intervención quirúrgica consiste en la apertura de esa vaina (polea) en el lugar en el que se produce el “engatillamiento” a través de una pequeña incisión en la base del dedo afectado. Después se coloca un vendaje desde los dedos hasta por encima de la muñeca. Este procedimiento se realiza con anestesia local. Los beneficios de la operación consisten en la desaparición del “engatillamiento” al doblar el dedo.

Tratamientos alternativos

La inyección local de corticoides puede aliviar, generalmente de manera temporal, los síntomas del dedo en gatillo y puede ser una alternativa a la cirugía para casos leves o en pacientes con mal estado de salud.

¿Qué riesgos tiene?

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, que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos de este procedimiento como son:

- Molestias o dolor en la cicatriz durante algún tiempo
- Hemorragia y hematomas (acúmulo de sangre bajo la piel).
- Mala cicatrización. Es posible que mueran algunas áreas de la piel (necrosis); esto puede requerir cambios frecuentes en el vendaje o cirugía adicional para retirar el tejido no cicatrizado. Los fumadores tienen mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización de la herida.
- Infección de la herida.
- Lesión del nervio digital. Ocasiona pérdida de la sensibilidad del dedo.
- Adherencias tendinosas. Ocasiona rigidez y dificultad para el movimiento (flexoextensión) del dedo.
- Reacciones alérgicas. Rara vez se han informado reacciones alérgicas al esparadrapo, apósito o vendajes, los materiales de sutura y los pegamentos, los productos sanguíneos, las preparaciones tópicas o los agentes inyectables. Pueden presentarse reacciones sistémicas graves, inclusive shock (anafilaxia), a los fármacos utilizados durante la cirugía y a los medicamentos recetados. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Otras cuestiones para la que pedimos su consentimiento

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....

Consentimiento para cirugía/procedimiento o tratamiento

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Autorizo a los cirujanos citados y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Me ha sido explicado de forma comprensible:

- a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
- b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
- c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

DOY MI CONSENTIMIENTO libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____