

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASTROSCOPIA DE MUÑECA O MANO

Don/Doña
de..... de edad. Con domicilio en
Y DNI número

Don/Doña:de
.....de edad. Con domicilio en
Y DNI número.....en
calidad de representante legal, familiar o allegado de Don /Doña
.....

DECLARO

Que el Dr./Dra.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una artroscopia de muñeca o mano. El propósito principal de la intervención es diagnosticar y tratar diferentes enfermedades que afectan a esta articulación.

La intervención, que precisa anestesia y su administración será valorada por el Servicio de Anestesia del hospital, consiste en introducir dentro de la articulación del hombro una minúscula cámara de video a través de una pequeña incisión, llamada portal. Con ello se puede explorar, gracias a una visión directa, una gran cantidad de los problemas que afectan a esta articulación. Habitualmente, son necesarios otros portales para introducir instrumentos y poder tratar las lesiones.

La indicación de esta técnica la realiza un cirujano pero es un procedimiento que puede emplearse en el tratamiento de lesiones de la muñeca (del fibrocartílagos triangular, control de fracturas, exploración de la muñeca dolorosa de causa desconocida, sinovectomía, cuerpos libres, cuerpos extraños, lavados en artritis, biopsias, etc) y de la mano (artrosis e inestabilidad de la articulación trapeciometacarpiana, cuerpos libres intraarticulares, lavados, biopsias, etc...) Las indicaciones son cambiantes con el paso del tiempo y cada vez son más las lesiones que pueden ser tratadas con técnicas artroscópicas.

Para algunas de las técnicas empleadas puede ser necesario el uso de implantes metálicos o de otros materiales dentro del hueso, lo cuales pueden ser permanentes o retirarse en una segunda intervención.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, y que presentan un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones de la intervención quirúrgica, entre otras, pueden ser:

1. Infección de las heridas operatorias o de la articulación. La frecuencia de esta complicación en la cirugía artroscópica es mínima.
2. Lesión de estructuras vasculonerviosas adyacentes a la articulación, que pueden llevar a la amputación del miembro y a secuelas neurológicas irreversibles.
3. Hemorragia.
4. Rigidez articular, que puede requerir un largo tiempo de rehabilitación o una nueva intervención para liberar las adherencias articulares.
5. Fractura de estructuras óseas cercanas a la articulación durante las manipulaciones requeridas.
6. Roturas de tendones o ligamentos adyacentes.
7. Hematomas de zonas adyacentes.
8. Distrofia simpático-refleja.
9. Parálisis de los nervios de la extremidad, que habitualmente son recuperables y muy poco frecuentes.
10. Síndrome compartimental.
11. Fallos y roturas del material empleado dentro de la articulación, que puede requerir una artrotomía (abrir la articulación) para la extracción del material.
12. Trombosis venosas y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.
13. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/Dña.....,
como paciente.

Don/Dña..... como
representante he leído la hoja de información que me ha entregado el
Dr/Dra.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, 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. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado ninguna garantía, por parte de ningún facultativo, en cuanto al resultado que se pueda obtener, puesto que la Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta, y, pese a la intervención, pueden persistir las molestias, el dolor o deformidad, y aparecer complicaciones que ya se han mencionado.

Asimismo doy mi consentimiento para la realización de fotografías y/o video antes, durante y después de la operación, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes. Dicho material, que será propiedad del cirujano, podrá ser publicado en libros o revistas científicas, o ser expuesto para propósitos médicos. Con fines de contribuir a avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano durante la operación.

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 me realice.

Palma de Mallorca , a.....

Fdo. Doctor/Doctora

Fdo. Paciente

Fdo. Representante

REPRESENTATE LEGAL

Don/Dña.....en calidad de.....del paciente.....he leído la hoja de información que me ha entregado el doctor/a.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, 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. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado ninguna garantía, por parte de ningún facultativo, en cuanto al resultado que se pueda obtener, puesto que la Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta, y, pese a la intervención, pueden persistir las molestias, el dolor o deformidad, y aparecer complicaciones que ya se han mencionado.

Asimismo doy mi consentimiento para la realización de fotografías y/o video antes, durante y después de la operación, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes. Dicho material, que será propiedad del cirujano, podrá ser publicado en libros o revistas científicas, o ser expuesto para propósitos médicos. Con fines de contribuir a avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano durante la operación.

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 le realice al paciente.

Palma de Mallorca, a

Fdo. Doctor/a

Fdo. Representante



REPRESENTANTE LEGAL

Don/Doña revoco el consentimiento prestado en fecha y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento de

Palma de Mallorca, a

Fdo. Doctor/a

Fdo. Representante

Revisión/24/10/2011