

## Consentimiento informado de enfermedad de Dupuytren

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

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

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

### ¿Qué le vamos hacer?

#### 1. Descripción del procedimiento

**En qué consiste:** En la extirpación del tejido patológico (engrosamiento de la capa profunda de la piel) que provoca adherencias que retraen progresivamente los dedos de la mano.

**Cómo se realiza:** Con anestesia del brazo o general, se retira el tejido alterado. Si la enfermedad se encuentra en un estadio muy avanzado, puede ser necesaria una intervención previa para estirar parcialmente los dedos afectados. Excepcionalmente, puede estar indicada la fijación de la articulación o la amputación del dedo.

Tras la operación puede ocurrir que la piel se cierre con normalidad, que se necesite un procedimiento de alargamiento o de injerto, o que se deje la herida abierta.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto y a criterio de su médico, una férula de yeso para limitar parcialmente a movilidad de los dedos durante unos días. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar.

**Cuánto dura:** es variable, aproximadamente entre 1 y 2 horas.

**2- Qué objetivos persigue:** Corregir la deformidad, tratando de conseguir que los dedos presenten la máxima movilidad posible.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos generales:

##### Frecuentes y poco graves:

- Hematoma importante en la zona operada.
- Después de la intervención presentará un periodo variable de inflamación con 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.
- Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará a medida que vaya ejercitando la extremidad
- Cicatriz de la herida dolorosa.

##### Poco frecuentes y graves:

- Lesión de vasos adyacentes.
- Lesión de nervios adyacentes, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con embolia pulmonar.
- Pérdida de la vascularización de la zona operada (necrosis) que requerirá su extirpación y dependiendo de su extensión la necesaria de un injerto.
- Infección de la herida.

- 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 enfermedad con el tiempo en la zona intervenida (recidiva) o en otras zonas (extensión de la enfermedad). Esta complicación suele ser más frecuente durante los dos primeros años.
- Aparición de la compresión de un nervio en la muñeca después de la operación.

**2. Riesgos personalizados:**

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece presentar otras complicaciones.....

**3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:**

Corregir la deformidad, y conseguir que los dedos presenten la máxima movilidad posible.

**¿Qué otras alternativas hay?**

Tratamiento médico y/o medidas de rehabilitación.

**Declaraciones y firmas**

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_