

Consentimiento Informado CIRUGÍA ENFERMEDAD DUPUYTREN

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

En la enfermedad de Dupuytren, se produce un engrosamiento de la capa profunda de la piel de la mano y que en su evolución condiciona la aparición de bridas, que provocan como efecto, la retracción de los dedos de la mano.

El objetivo de la intervención es corregir la deformidad, tratando de lograr que los dedos recuperen el máximo de su movilidad, debiendo tenerse en cuenta que cuanto más avanzada esté la enfermedad, menores son las posibilidades de lograr un resultado 100% exitoso.

Características

La intervención quirúrgica consiste en la extirpación de este tejido patológico y que si la enfermedad se encuentra en un estado avanzado, puede ser necesaria una intervención previa para lograr estirar parcialmente los dedos afectados. Excepcionalmente puede estar indicada la fijación de la articulación o la amputación del dedo.

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, es posible que puedan presentarse algunos efectos no deseados, tanto comunes a cualquier operación, como específicos de este procedimiento como:

- Lesión de vasos adyacentes
- Lesión de filetes nerviosos que pueden producir alguna alteración de sensibilidad
- Infección de la herida
- Reaparición de la enfermedad
- Cicatriz dolorosa

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA ENFERMEDAD DUPUYTREN**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal