CONSENTIMIENTO INFORMADO
LESION GRAVE DE MANO Y MMSS

SAN AGUSTÍN CLÍNICA

UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La intervención consiste en el intento de reparación (dentro de lo posible) así como de la preservación de los distintos componentes de la mano: huesos, tendones, arterias y venas, sensibilidad y motricidad nerviosa, piel y tegumentos y articulaciones de la mano o miembro afectado gravemente por el trauma.
Esta operación consta de: a) una primera parte de lavado y toilette quirúrgica en la que se deberán explorar las heridas y luego resecar todos los tejidos dañados irreversiblemente, luego la reparación de los vasos para mantener el aporte sanguíneo a los tejidos, luego la reparación de huesos tendones , articulaciones, piel y tegumentos en la medida de lo posible , con métodos de fijación simples de las lesiones inestables,(colocación de placas metálicas, clavijas o un tutor externo), 2) Una segunda cirugía o varias mas en la que se verán los resultados de la anterior y si es necesario realizar otras practicas por las complicaciones en los tejidos que se dan por la evolución en el tiempo del efecto del trauma sobre los mismos. Usted debe saber que su lesión es probable requiera quizás nuevas cirugías en forma tardía para completar todas las posibilidades de reconstrucción. A medida que se desarrollen los hechos se le ira informando de las complicaciones, las posibilidades de reconstrucción o preservación de los segmentos comprometidos y las necesidades de mas practicas quirúrgicas, o no, a realizar. Usted debe saber que la ciencia medica intentará la reparación de todo lo posible de su lesión pero que no existe ninguna garantía de éxito de lo que se va a intentar pues las afectaciones biológicas del trauma a veces son graves e impiden un resultado satisfactorio. Por tales motivos habrá que evaluar permanentemente la evolución del trauma.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Luego de la intervención sufrirá dolor en la zona por el trauma, las heridas, la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuos. Recibirá tratamiento del dolor para mejorara esto

RIESGOS FRECUENTES

En dicha intervención es que produzcan las siguientes complicaciones: -Infección de la herida quirúrgica. -Lesión o afectación de arterias o venas importantes o vitales, con la consiguiente complicación de necrosis o muerte del tejido que no reciba aporte sanguíneo, lo que llevara irremediablemente a la reseccion del segmento del miembro o a la amputación del miembro dañado. Las lesiones de los nervios que no se puedan reparar podrán generar trastornos de la sensibilidad o de la movilidad de la mano que podrán ser transitorios o permanentes. En su evolución puede ser que las fracturas o luxaciones se desplacen nuevamente o que no consoliden o se suelden o su reparación inicial sea defectuosa y requiera nuevas terapias quirúrgicas o no para su corrección. Lo mismo puede ocurrir con los tendones Pueden haber faltas de piel inicialmente o secundariamente por necrosis y que deberán ser subsanados a posteriori con injertos de diversa naturaleza y técnica -Flebitis o tromboflebitis con la consiguiente complicación embólica y posibilidades de muerte del paciente. -Alteraciones distróficas o metabólicas óseas como son la Enfermedad de Südeck que supone alteración funcional del miembro. -Lesiones vasculo-nerviosas como consecuencia de la utilización del manguito de isquemia (si fuera necesario su uso). -Aparición de una cicatriz retráctil o queloide en esa zona después de la intervención-Pérdida de movilidad o deformidad en el miembro afectado pues puede no conseguirse una reducción o estabilización anatómica por el mal estado de los huesos, osteoporosis o bien por el estallido articular, lo que indefectiblemente le dejará secuelas de distinto grado de la movilidad de la o las articulaciones que pueden requerir otros procedimientos para su mejoramiento.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

LESION GRAVE DE MANO Y MMSS

Firmar los que corresponda

Yo.....de..... años de edad, DNI.....
declaro que el/la Dr./Dra. ..... me ha explicado que es conveniente y necesario en mi situación la realización de **Cirugía por Lesion Grave de Mano**

En ....., a los días ..... de .....del .....

.

.....
Firma paciente

.....
Firma y sello del médico

Sr/Sra..... de ..... años de edad, DNI .....
en carácter de representante legal, familia o allegado de paciente .....declaro que el/la Dr./Dra. ..... me ha explicado que es conveniente y necesario la realización de **Cirugía por Lesion Grave de Mano**

En ....., a los días ..... de .....del .....

.....
Firma apoderado

.....
Firma y sello del médico

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... de ..... de .....
y no deseo proseguir con el tratamiento que doy por finalizado a partir de esta fecha.

En ....., a los ..... días, del mes de ..... de .....

.....
Paciente / Apoderado

.....
Firma y sello médico