



## DOCUMENTO DE **CONSENTIMIENTO INFORMADO** PARA TRATAMIENTO MEDICO/QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DE **DUPUYTREN**

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

### **PACIENTE**

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

### **REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO**

Yo, D./Dña. ....de. años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

### **DECLARO**

Que el **Dr. Javier Romero Fernández**, con N.º de Colegiado **112104130** me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ENFERMEDAD DE DUPUYTREN**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

#### **1. PREOPERATORIO**

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

#### **2. PROCEDIMIENTO**

En la enfermedad de Dupuytren se produce un engrosamiento de la capa profunda de la piel que en su evolución condiciona la aparición de unas bridas que retraen progresivamente los dedos de la mano.

La intervención consiste en la extirpación de ese tejido patológico. 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.

El objetivo de la intervención es corregir la deformidad, tratando de conseguir que los dedos presenten la máxima movilidad posible.

La intervención precisa anestesia del brazo o general. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.



3. CONSECUENCIAS SEGURAS

Cuanto más evolucionado esté el cuadro, menores serán las posibilidades de recuperación total.

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 o meses, o bien hacerse continuas.

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

Inicialmente presentará pérdida de fuerza, que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

La cirugía de tratamiento de la enfermedad de Dupuytren puede presentar complicaciones:

- a) 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, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.
- b) Lesión de vasos adyacentes.
- c) Lesión de nervios adyacentes, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- d) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Hematoma importante en la zona operada.
- f) Pérdida de la vascularización de la zona operada (necrosis) que requerirá su extirpación y, dependiendo de su extensión, puede ser necesario realizar un injerto.
- g) Infección de la herida.
- h) 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).
- i) Reparación de la enfermedad con el tiempo en la zona intervenida (recidiva) o en otras zonas (extensión de la enfermedad). Esta complicación suele aparecer con más frecuencia durante los dos primeros años.
- j) Aparición de la compresión de un nervio en la muñeca después de la operación.
- k) Cicatriz de la herida dolorosa.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La enfermedad de Dupuytren es una enfermedad lentamente progresiva. No hay otros tratamientos que la hagan desaparecer; por ello, se considera que cuando la enfermedad empieza a flexionar los dedos está indicado el tratamiento quirúrgico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo 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 respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....  
.....  
.....





Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ENFERMEDAD DE DUPUYTREN DE:**

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. DR. ROMERO FERNÁNDEZ

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

## TESTIGO

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente

D./Dña..... ha recibido la hoja de información  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

que le ha entregado el **Dr. Javier Romero Fernández.**

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ENFERMEDAD DE DUPUYTREN DE:**

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. DR. ROMERO FERNÁNDEZ

Fdo. EL/LA TESTIGO





## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho))

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

**REVOCO** el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. DR. ROMERO FDEZ. Fdo. EL/LA PACIENTE Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL Fdo. EL/LA TESTIGO  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

### TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 le informamos que la información que nos facilita será utilizada por JAVIER ROMERO FERNANDEZ, con dirección en C/ SAN JOSE, 7, 1ª PLANTA, 11003, CADIZ, con el fin de prestarles el servicio solicitado, así como la gestión administrativa y contable. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos, así como cualesquiera derechos reconocidos en el RGPD 2016/679.

