



1. ¿Qué es? Es una intervención quirúrgica cuyo propósito principal es hacer desaparecer o aliviar el dolor, así como la mejora de la movilidad y del “engatillamiento” del dedo afectado.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante cirugía se realiza la apertura de la primera polea de la vaina del tendón flexor del dedo afectado.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada

Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que no suelen requerir transfusiones sanguíneas.

La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

a. Dolor postquirúrgico en el área intervenida

b. Pérdida de fuerza.

c. Pérdida de la movilidad de la articulación

d. Edema al retirar el vendaje postquirúrgico. En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia, o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos, puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimiento, ampollas...).

e. Cicatriz del abordaje quirúrgico

f. Recidiva del resorte

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.

b. Hematoma o lesión vascular.

c. Lesión o afectación de algún nervio digital que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos.

d. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.

e. Lesión parcial o completa de tendones.

f. Necrosis cutáneas.

g. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck.

h. Síndrome compartimental.

i. Reparación de la sintomatología con el tiempo.

j. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

4. Consecuencias previsibles de su realización: se consigue hacer desaparecer o aliviar el dolor, así como la mejora de la movilidad y del “engatillamiento” del dedo afectado.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no resolver el problema y que continúe la sintomatología.

6. Alternativas: como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en analgésicos, antiinflamatorios, infiltraciones y rehabilitación.

7. Riesgos en función de su situación: toda intervención quirúrgica, y por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir



tratamientos complementarios (tanto, médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: