

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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

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

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)

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

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **TRANSFERENCIA NERVIOSA**. 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. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.
3. Además de la información oral facilitada sobre su proceso, debe saber que la intervención consiste en una transferencia de un nervio sano (donante) para que inerve a otro que está dañado (receptor), con el fin de dar función a la musculatura del nervio receptor o sensibilidad a una zona prioritaria. Esta cirugía puede provocar la atrofia del músculo que está inervado por el nervio donante o déficit sensitivos en la zona del donante. La recuperación de la función no es inmediata depende de la distancia de la sutura al músculo o territorio cutáneo a inervar y no siempre es completa.
4. La intervención consiste en seccionar el nervio donante y suturarlo al receptor, para realizar un by-pass en los impulsos nerviosos.
5. Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS TRANSFERENCIAS NERVIOSAS

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 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. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Recidiva del hematoma o del absceso con consecuencias de sepsis.
- e. Amputación.
- f. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- g. Necrosis cutáneas.
- h. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck

- i. Síndrome compartimental.
- j. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- k. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.
- l. Neuromas, el nervio cortado puede provocar una cicatriz muy sensible, que le podría provocar dolor, aunque generalmente con el tiempo desaparece.
- m. Parálisis, generalmente transitoria, en músculos que previamente estaban sanos con pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos por la falta del estímulo nervioso. El principal riesgo es la no mejoría o fracaso de la transferencia nerviosa, situada alrededor del 10 % según la bibliografía

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS TRANSFERENCIAS NERVIOSAS

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto pueden realizarse transferencias músculo-tendinosas, si fuesen posibles o puede no intervenir, continuando con rehabilitación, inyecciones de toxina botulínica, uso de ortesis, etc

Mediante la firma del presente documento declaro que 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 que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a 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 EXPLICACIÓN ALGUNA, 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.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico mediante **TRANSFERENCIAS NERVIOSAS.**

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

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

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.

FDO. ÉL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

FDO. ÉL/LA TESTIGO