

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFERENCIA MUSCULOTENDINOSA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El procedimiento consiste en mover un músculo y su tendón que están sanos para sustituir o restaurar la función de otro músculo o tendón que está dañado o paralizado. Se realiza cuando una persona ha perdido el movimiento en una parte del cuerpo, como en lesiones nerviosas o musculares y tendinosas.

El músculo que se mueve a la nueva posición hará la función que antes desempeñaba el músculo enfermo o ausente. Para que el músculo funcione bien en su nuevo lugar, a veces necesita conectar vasos sanguíneos, usando técnicas especiales de cirugía muy precisa.

Este proceso tiene varias etapas: primero, se selecciona el músculo y tendón más adecuados. Después, se moviliza y se conecta a los huesos o tendones receptores. Para que quede bien fijo en su nuevo lugar, se usan tornillos, placas, u otros materiales especiales.

Las transferencias musculotendinosas pueden realizarse solas o acompañadas de intervenciones óseas (osteotomías, topes óseos, artrodesis, etc.) para mejorar la orientación y la acción de los grupos musculares activos.

Durante la cirugía, puede ser necesario realizar cambios en el procedimiento, según lo que se detecte en ese momento.

La finalidad del procedimiento es que el músculo donante pueda realizar la función del músculo afectado, ayudando a mejorar la movilidad y la funcionalidad de la mano.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Pérdida de fuerza del tendón o músculo movilizado.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Hematoma o lesión vascular.
- Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- Fallo en la reinserción muscular y/o tendinosa que puede obligar a una nueva intervención.
- Aflojamiento o rotura de implantes o instrumental quirúrgico.
- Acortamiento, alargamiento, disminución de la movilidad o defectos de rotación del miembro intervenido.
- Retardo de consolidación de hueso osteotomizado.
- Fractura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- Pérdida de fuerza o de sensibilidad de la articulación donde estaba el músculo que hemos transferido.

- Complicaciones cutáneas (necrosis o muerte de la piel de la zona intervenida), que retrasa el proceso de curación.
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar e incluso tener consecuencias fatales).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivados del manguito de isquemia (mantiene la zona quirúrgica libre de sangre).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.
- Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dolor, mala cicatrización, cambios en la sensibilidad, etc).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

#### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

☐ No tiene      ☐ Diabetes      ☐ Obesidad      ☐ Hipertensión

☐ Anemia      ☐ Edad Avanzada      ☐ Tabaquismo      ☐ Tratamiento anticoagulante

☐ .....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

#### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

#### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Inmovilización mediante ortesis (dispositivos externos que sirven de apoyo y soporte).
- Rehabilitación.

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA REPARADORA DEL CARTÍLAGO ARTICULAR "

Yo, D./D<sup>a</sup> , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

---

### Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: