

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE NERVIOS PERIFÉRICOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta cirugía busca reparar un nervio periférico que está dañado. Estos nervios son los que llevan señales entre el cerebro, los músculos y la piel.

Las lesiones pueden ocurrir por diferentes motivos: un golpe o traumatismo, herida, una compresión prolongada o la presencia de un tumor

La intervención consiste en restaurar la continuidad y función del nervio para que pueda volver a transmitir señales. Según el tipo de lesión, el cirujano puede usar distintas técnicas:

- Sutura del nervio (neurorrafia): unir los extremos cortados cuando el nervio está seccionado.
- Injertos nerviosos: usar nervios menos importantes de otras zonas o conductos artificiales (neurotubos) para reparar lesiones grandes.
- Neurotización: conectar un nervio sano a uno lesionado para recuperar función.
- Neurolisis: liberar el nervio cuando está comprimido o tiene cicatrices.
- Extirpación de tumor: quitar el tumor y reparar el nervio con injertos si es necesario.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Puede realizarse bajo anestesia general, regional o local en función de la localización de la lesión y de la extensión del procedimiento quirúrgico.

La finalidad es mejorar, total o parcialmente, la sensibilidad y el movimiento de los músculos que dependen de ese nervio.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

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:

- Lesión de fibras nerviosas sanas o de nervios adyacentes, con interrupción temporal o permanente de la función.
- Lesión de estructuras vasculares vecinas con afectación de la extremidad.
- Pérdida de la sensibilidad o del movimiento según el injerto o injertos nerviosos o neurotización utilizados.
- Ausencia de recuperación tras la reparación.
- Rigidez articular o limitación de la movilidad.
- Inflamación y edema crónicos del miembro (síndrome de dolor regional complejo).
- 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

- Mala situación vasculo-nerviosa del miembro a operar.
- Alteraciones graves de la circulación no controladas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

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

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE NERVIOS PERIFÉRICOS"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª., así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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

Fdo. Paciente: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de
--	---



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Traumatología y
Cirugía Ortopédica*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: