

Consentimiento informado para la intervención de liberación de nervios periféricos

PACIENTE.....

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas necesarias para su salud y bienestar. Para, finalmente, estar de acuerdo y asumir los criterios de su médico, al cual ha elegido libremente.

El objeto de este documento no es alarmarle, pero no puede ni debe ocultarse que, con independencia de la pericia profesional o de los medios de los que dispone el Hospital, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característico de las ciencias médicas.

Ud. ha recibido información sobre su:

DIAGNOSTICO.....

TIPO DE INTERVENCION.....

CIRUJANO.....

Los nervios motores van desde la médula a los músculos y los sensitivos desde la piel a la médula. Al ser comprimidos por cicatrices, engrosamientos de tendones, ligamentos o huesos puede producirse dolor y falta de fuerza. Cuando se localiza el lugar de la compresión es posible operar para aliviar estas alteraciones: el dolor suele mejorar mucho y la pérdida de fuerza al menos no empeora.

Otro tipo de lesiones que pueden afectar a los nervios son los traumatismos (que pueden ocasionar una sección parcial o total del nervio) y los tumores en el propio nervio o en sus cercanías.

La intervención sobre los nervios tiene por finalidad efectuar una descompresión de las estructuras que lo rodean, liberando el nervio.

En caso de traumatismos, además de la descompresión es preciso con frecuencia suturar los extremos que han sido seccionados y separados. En ocasiones es preciso interponer un injerto de nervio sural (que se extrae de la pierna) para restaurar la continuidad del nervio.

En el caso de tumores, no es infrecuente que, para asegurar la total extirpación del tumor, se tenga que seccionar el nervio, uniendo los extremos con el injerto de nervio sural referido anteriormente.

RIESGOS O COMPLICACIONES

Las complicaciones de esta intervención son poco frecuentes pero se pueden producir efectos adversos:

1. - Cicatrices en la zona intervenida que pueden provocar a la larga una nueva compresión del nervio.
2. - Infección de la herida. Sistemáticamente se realiza profilaxis antibiótica para disminuir este riesgo.
3. - Acorchamiento de zonas relacionadas con el nervio, por afectación de las ramas sensitivas.
4. - Es excepcional una lesión del nervio superior a la preoperatoria, excepto en el caso de la existencia de un tumor.
5. - Si existe un tumor sobre el nervio afectado probablemente para poder extirparlo sea necesario seccionar el nervio ocasionando una parálisis. Esta se recuperará con el tiempo, si prende el injerto de nervio sural.
6. - Reacciones alérgicas (Tanto el INSALUD, como Sociedades científicas especializadas recomiendan el no hacer sistemáticamente pruebas diagnósticas para detectar una posible alergia, ya que las mismas pruebas no están exentas de riesgos y el resultado negativo no garantiza que no exista reacción alérgica posterior). *Si tiene antecedentes alérgicos comuníquenoslo.*
7. - RIESGOS PARTICULARES:

El abajo firmante D/Dña. de
..... años de edad, o por incapacidad legal su representante
..... con DNI..... reconoce haber sido
informado de forma clara y sencilla de los detalles sobre el procedimiento al que voluntariamente
se va a someter, del pronóstico, secuelas y otras consecuencias derivadas del mismo, así como de
los posibles procedimientos alternativos, si los hubiere, con sus efectos y riesgos, y de haber
recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que hubiere formulado.

Por tanto da libremente su consentimiento al médico y al Hospital para la realización de la
intervención de **LIBERACION DE NERVIOS PERIFERICOS** asumiendo la posibilidad de que puedan
ocurrir las complicaciones explicadas u otras
aún más infrecuentes, sin que medie error, impericia u omisión.

Autorizo a que el Hospital disponga de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que
precisan ser extirpados durante la intervención, para su oportuno estudio anatómico-patológico. Así
como que puedan ser empleados en futuros estudios de investigación médica, guardando el
correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con
la medicina, por razones docentes. De igual forma doy mi consentimiento para que sean tomadas
fotos, cintas de vídeo, etc., del campo quirúrgico, para su utilización en actividades docentes y de
investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas en beneficio de
mi salud, que por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo
consentimiento, incluyendo: la hemoterapia (lo que implica que puede ser portadora de
enfermedades transmisibles en muy baja frecuencia, a pesar de que cada donación es analizada
exhaustivamente), sueroterapia, variaciones de la anestesia, técnicas instrumentales diagnósticas
o terapéuticas.

He comprendido que en algunos casos la cirugía puede curar, poniendo fin al tratamiento,
pero en otras ocasiones no es curativa sino que el objetivo de la intervención en esos casos es
llegar al diagnóstico del tipo de tumor, reducir su tamaño para aliviar los síntomas de compresión
medular y preparar para otros tratamientos posteriores haciéndolos más efectivos. Estas otras
opciones terapéuticas son la Radioterapia y la Quimioterapia, a las que muchas veces debe
recurrirse en el tratamiento del paciente con un tumor que ya ha sido operado.

Por último se le recuerda que tiene el derecho, en cualquier momento de retirar la autorización.

En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:

Firma del paciente o representante

Firma del médico
Colegiado número:.....

En de de 200...

En caso de no firmar el paciente, sino el representante indíquese la causa:

- Por ser menor de edad o estar incapacitado
- Por delegación voluntaria
- Porque la situación del paciente no lo permita

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/Dña. ante los testigos
abajo firmantes expreso mi DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO a pesar de haber sido informado/a
de las consecuencias de mi acto por el motivo de
.....
haciéndose plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que se deriven de ésta
decisión expresada de forma libre y consciente.

Firma del paciente o representante
D.N.I.

Firma del médico
Colegiado número:.....

En de de 200...