

Tratamiento de síndromes de compresión nerviosa

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; atentamente y consulte con su médico todas las dudas que le se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

1. PROCEDIMIENTO

Consiste en la liberación de un nervio que va hacia la mano o el pie en su paso por un canal estrecho, constituido generalmente por unas estructuras óseas cerradas por un ligamento.

Suele ser un proceso muy común que se manifiesta por dolor en la extremidad y hormigueos en una parte de la mano o el pie, que se presenta en pacientes que utilizan las manos en un movimiento repetitivo, trabajadores de fuerza o que utilizan máquinas vibratorias, que presentan artrosis, que han sufrido una fractura, pacientes que se están dializando o durante el último trimestre del embarazo.

La intervención suele precisar anestesia del brazo o de la cintura para abajo si se opera un lado y anestesia general en el caso de que se intervengan los dos. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la comprensión del nervio.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento a realizar, puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

La decisión quirúrgica puede demorarse hasta la presencia de déficit de los movimientos de la mano o del pie que están a cargo del nervio atrapado. Cuanto más evolucionado sea el cuadro, menores serán las posibilidades de recuperación total.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la compresión, del nervio o o o o o o o o o o o o a nivel de: o o o o o o o o o o o o o o o o son:

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Lesión de vasos de la extremidad.
- Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección de la herida.
- Cicatriz de la herida dolorosa.
- Rigidez de las articulaciones adyacentes, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación del miembro (atrofia ósea).
- Reparación de la sintomatología con el tiempo.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos: _____

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Inicialmente se puede tratar con medicación antiinflamatoria, férula de inmovilización o infiltraciones. El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando existe un dolor importante, el tratamiento realizado con anterioridad es ineficaz o si existe el riesgo de desarrollar lesiones permanentes.

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

Yo Don/Dña _____ .He leído la hoja de información que me ha entregado e/la Dr/a _____ .He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, 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 tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice _____ ..

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

Fdo. EL/ LA DOCTOR/ A
Nº Colegiado

Fdo. EL/LA PACIENTE

REPRESENTANTE LEGAL

Yo Don/Dña _____ .en calidad de _____ del paciente _____ . He leído la hoja de información que me ha entregado e/la Dr/a _____ ..He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, 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 tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente.....

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

Fdo. EL/ LA DOCTOR/ A
Nº Colegiado

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE

TESTIGO

Yo Don/Dña _____ .declaro bajo mi responsabilidad que Don/Dña _____ .ha recibido la hoja de información que le ha entregado el/la Doctor/a _____ . información que me ha entregado e/la Dr/a _____ ..He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende, la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y ha expresado libremente su **CONSENTIMIENTO** que se le realice al paciente.....

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

Fdo. EL/ LA DOCTOR/ A
Nº Colegiado

Fdo. EL/LA TESTIGO

7. REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo Don/Dña _____ **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha _____ .y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento de _____ ..

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

Fdo. EL/ LA DOCTOR/ A
Nº Colegiado

Fdo. EL/LA PACIENTE