

## Consentimiento informado de cirugía de los nervios periféricos

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

### 1. Descripción del procedimiento:

**En que consiste:** Usted presenta una afectación de un nervio, que necesita un tratamiento quirúrgico, atendiendo al origen (traumático, comprensivo, tumoral) y la zona de la lesión. Según el origen y la zona, y el nervio afectado se hará una neurlisis (liberación), reconstrucción con sutura o injerto de otro nervio o trasposición del nervio si necesita aflojarse la tensión del nervio.

**Cómo se realiza:** Se realiza con anestesia general y otras veces con isquemia-sedación. Se incide ampliamente sobre la localización del nervio afectado (tumor, etc.), y así poder liberar o trasponer el nervio o extirpar el tumor según se haga una u otra cosa.

**Cuánto dura:** La duración de la intervención será alrededor de 2 a 4 horas, según la dificultad de la técnica y naturaleza de la lesión.

**2. Qué objetivos persigue:** Favorecer que el nervio no siga sufriendo y poder recuperarse, con lo que deberían mejorar los síntomas y facilitar su posterior rehabilitación. Si es tumoral, evitar excesivo crecimiento y evitar daño sobreañadido al nervio.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos generales:

- Edema o inflamación (3-15%), de la zona que crea dolor y en grado importante pueda crear una lesión neurológica (no frecuente).
- Reparación del dolor por neuroma, cicatriz y deaferentación (<1,2%).
- Hematoma que crea un síndrome compartimental, sobre el lecho que puede comprimir el nervio y producir una parálisis (<2%).
- Infección de la herida, superficial (2-5%), o profunda (0,3-2%).
- Lesión directa del nervio o a sus estructuras anejas (vasos arteriales del mismo) <1%.
- Lesión vascular del área involuntaria (infrecuente).
- Afectación de la zona articular u ósea (callos viciosos, cicatrices y pseudoartrosis por la inmovilización del miembro).
- Mortalidad (infrecuente).

**2. Riesgos personalizados:** Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

#### 3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

La mejora de los síntomas y la recuperación del nervio lesionado.

### ¿Qué otras alternativas hay?

Rehabilitación precoz y si fracasa, intentar la cirugía antes de que progresen los síntomas.

### Declaración y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
<b>D.N.I.:</b>	<b>Nº Colegiado:</b>
<b>Fdo.:</b>	<b>Fdo.:</b>

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_