

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **de LIBERACIÓN NERVIOSA EN SÍNDROMES CANALICULARES**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. *Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.*
2. *La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.*
3. *El propósito principal de la intervención es intentar aliviar el dolor, mejorar la función del miembro y, si la hubiese, combatir la sintomatología derivada de la compresión del nervio, tanto de tipo sensitiva (hormigueos acorchamiento, disminución y otras alteraciones de la sensibilidad) como motora (pérdida de fuerza) aunque estas últimas pueden tardar un tiempo indeterminado en recuperarse o incluso no hacerlo completamente si la lesión de los fascículos nerviosos es antigua y/o muy severa.*
4. *La intervención consiste en aliviar la presión que sufre el nervio dentro del desfiladero osteofibroso, lo que puede requerir varias actuaciones, no todas necesariamente concomitantes. En orden de menor a mayor gravedad del proceso, puede ser necesario realizar: Sección/extirpación del componente fibroso/ligamentoso del desfiladero. Traslación del tronco nervioso fuera del desfiladero. Extirpación de algún fragmento óseo (anatómico o secundario a procesos traumáticos o degenerativos) o de alguna osificación heterotópica o calcificación de partes blandas. Extirpación de la membrana fibrosa que envuelve al tronco nervioso. Disección entre los filamentos nerviosos, extirpando los tabiques fibrosos patológicos que pudieran existir entre ellos.*
5. *Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.*

RIESGOS DEL TRATAMIENTO DE LIBERACIÓN NERVIOSA EN SÍNDROMES CANALICULARES

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. *Infección de la herida quirúrgica, lo que puede afectar al tejido óseo.*
- b. *Hematoma o lesión vascular.*
- c. *Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.*
- d. *Ausencia de recuperación parcial o total de la función nerviosa.*
- e. *Lesiones de músculos, ligamentos y tendones adyacentes.*
- f. *Osificaciones y/o calcificaciones alrededor del nervio descomprimido*
- g. *Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.*
- h. *Necrosis cutáneas.*
- i. *Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck*
- j. *Síndrome compartimental.*
- k. *Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).*
- l. *Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.*

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LIBERACIÓN NERVIOSA EN SÍNDROMES CANALICULARES

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador médico o rehabilitador sintomático.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. **TAMBIÉN COMPRENDO QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, 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 procedimiento/tratamiento.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico del **LIBERACIÓN NERVIOSA EN SÍNDROMES CANALICULARES.**

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

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO