

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO**SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*)TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LESIONES DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Consiste en la reparación de lesiones de nervios periféricos ocasionados por distintas causas como pueden ser un traumatismo agudo (compresión o sección), una compresión crónica (Síndrome de túnel carpiano en la muñeca o compresión del nervio cubital en el codo, etc.), o un tumor. Sirve para restablecer la estructura del nervio lesionado y que con la cicatrización de las fibras nerviosas se puedan conectar los extremos cortados y poder recuperar la sensibilidad o el movimiento de los músculos que dependen de ese nervio, al menos de forma parcial. En algunas ocasiones puede ser necesario utilizar nervios, menos importantes y de otras zonas, para reparar lesiones nerviosas más extensas.

Este procedimiento también sirve para el diagnóstico de la enfermedad, mediante la biopsia del nervio. Habitualmente se hace del nervio sural (de la pierna), o del nervio radial superficial (del brazo) pero pueden utilizarse otros en caso necesario.

CÓMO SE REALIZA:

Puede realizarse bajo anestesia general, regional o local en función de la localización de la lesión y extensión del procedimiento quirúrgico. Se incide, sobre la zona afectada del nervio, se localiza la lesión (sección, compresión o tumor) y se procede (a veces utilizando un microscopio o endoscopio) a realizar la técnica quirúrgica que según el tipo de lesión puede ser:

- la sutura con o sin injerto (sección)
- liberación o neurolisis (compresión)
- extirpación tumoral (tumor)
- biopsia (estudio de la enfermedad)

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Después de la intervención, debido a la cirugía y al proceso de cicatrización, puede:

- Ser necesario inmovilizar las articulaciones adyacentes con una férula, para mantener la sutura lo más relajada posible, durante un tiempo que varía entre una semana o meses.
- Precisar reposo durante unos días con el miembro intervenido en alto, para evitar el edema (hinchazón).
- Presentar molestias en la zona de la herida que pueden prolongarse durante algunas semanas o meses.
- Presentar pérdida de fuerza o de sensibilidad, a veces mayor de la que tenía previa a la intervención, que suele recuperarse paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad. La recuperación de la sensibilidad y/o del movimiento de los músculos que dependen del nervio lesionado puede tardar mucho tiempo o no llegar a ser completa, si ya había pérdida antes de la operación.

Igualmente, recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En la mejoría de los síntomas según el tipo de lesión nerviosa que presente:

- En traumatismos agudos con sección total o parcial del nervio, se recuperará la forma del nervio para facilitar la conducción nerviosa y así la recuperación posterior de la fuerza y/o la sensibilidad.
- En compresiones crónicas y en tumores, con la liberación del nervio, mejorará del dolor y del hormigueo, se evitará que siga comprimiéndose y facilitará la recuperación de la fuerza y/o la sensibilidad.
- Con la biopsia, ayudará al diagnóstico de su enfermedad.
- Los beneficios del procedimiento a corto y medio plazo, dependen del tiempo de afectación de la lesión, a mayor tiempo desde la aparición de síntomas menos probable es la recuperación.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En algunos casos se puede realizar tratamiento sintomático, rehabilitación precoz, educación postural del trabajo y si fracasan intentar la cirugía antes de que los síntomas progresen más. Si la afectación nerviosa es severa o progresiva, no hay otra alternativa y la única posibilidad es la cirugía, porque con el tiempo las lesiones se harían irreversibles. De no realizar la intervención, lo esperable es que la sensibilidad de la zona afectada o la movilidad de los músculos que dependan de ese nervio, no se recuperen jamás y que esos músculos se atrofien.

En determinados tumores de diagnóstico conocido, pueden ser tratados con quimio o radioterapia.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**
 - Infección de la herida.
 - Edema o inflamación de la zona operada.
 - Pequeños hematomas en los bordes de la herida o a nivel subcutáneo.
 - Cicatriz de la herida dolorosa o hipertrófica.
 - Reaparición de la sintomatología con el tiempo, como puede ser el dolor por un neuroma, por desaferentación o dolor fantasma. O alteraciones de la sensibilidad (acorchamiento, disestesias, falta de sensibilidad, etc.)

- **LOS MÁS GRAVES:**
 - Lesión de vasos sanguíneos de la extremidad, pudiendo ocasionar una isquemia (disminución del aporte sanguíneo) de la misma.
 - Lesión de nervios de la extremidad, que puede provocar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
 - Rigidez de las articulaciones adyacentes, que puede ser aislada o estar asociada a descalcificación de los huesos, pseudoartrosis, callos viciosos, inflamación del miembro y dolor (algoneurodistrofia).
 - Trastornos paradójicos de la movilidad o movimientos involuntarios, secundarios al injerto realizado de otro nervio diferente (anastomosis hipoglosos-facial, espinal-facial).
 - Parálisis o anestesia de una zona, secundaria a la sección de un tronco nervioso o varios nervios para la extirpación del tumor o realización de los injertos.
 - Formación de un tipo de cicatriz interna en la zona de lesión del nervio que puede llegar a producir dolor muy intenso de tipo calambrazo (neuroma) y puede necesitar operaciones para corregirlo.
 - Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna o del brazo correspondiente. En raras ocasiones se complica apareciendo dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
 - Infección profunda.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Existen situaciones en las cuales la conveniencia de realizar cirugía para reparar lesiones nerviosas puede ser dudosa o cuestionable:

- Enfermedad circulatoria grave: tanto las enfermedades que dificultan la llegada de sangre (arteriales), como las que dificultan el retorno de la sangre al corazón (venosas) pueden llegar a ser una contraindicación absoluta para estas intervenciones.
- Infección o lesiones de la piel en la zona de la incisión o a distancia.
- Heridas con pérdida muy amplia de piel que impidan realizar la cobertura del nervio suturado.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA
------------------	--------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO

**SERVICIO DE
NEUROCIRUGÍA**

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente
he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello
puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____