

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 **TRANSFERENCIAS MÚSCULO-TENDINOSAS**..... 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 mejorar la función de la extremidad afectada corrigiendo de forma paliativa los efectos de una lesión nerviosa o músculo-tendinosa, que o bien no es reparable o es el complemento de la cirugía nerviosa previamente practicada. Las transferencias músculo-tendinosas pueden ir solas o acompañadas de intervenciones óseas (osteotomías, topes óseos, artrodesis, etc.) para mejorar la orientación y la acción de los grupos musculares activos.
4. La intervención consiste en cambiar de posición un músculo que está sano para que sustituya a un músculo paralizado. En este nuevo lugar hará la función que realizaba el músculo enfermo o ausente. En este cambio el músculo a transferir necesita, a veces, llevar una arteria/vena que bajo procedimientos microquirúrgicos tendremos que suturar en el lecho receptor. La fijación del músculo en su nueva zona puede precisar de material de osteosíntesis (arpones, agujas, tornillos, placas) además de una inmovilización del miembro.
5. Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TRANSFERENCIAS MÚSCULO-TENDINOSAS.

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. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- e. Fallo en la inserción muscular y/o tendinosas que puede obligar a una nueva intervención.
- f. Aflojamiento, rotura o penetración articular de implantes o instrumental quirúrgico.
- g. Acortamiento, alargamiento, disminución de la movilidad o defectos de rotación del miembro intervenido.
- h. Retardo de consolidación de hueso osteotomizado.
- i. Fractura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- j. Pérdida de fuerza o de sensibilidad de la articulación donde estaba el músculo que hemos transferido.
- k. Necrosis cutáneas.
- l. Cicatriz de la herida dolorosa.
- m. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck
- n. Síndrome compartimental.
- o. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- p. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TRANSFERENCIAS MÚSCULO-TENDINOSAS

Si no se realiza la intervención usted ya sabe que la sensibilidad de la zona afectada o la movilidad de los músculos lesionados o que dependen del nervio afectado no se recuperarán jamás y esos músculos se atrofiarán por lo que la función que realizaban ya no la realizarán más. No hay otras alternativas.

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 de **TRANSFERENCIAS MÚSCULO-TENDINOSAS.**

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