



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.

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LESIÓN DE PLEXO BRAQUIAL

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.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Consiste en la reparación de las lesiones de los nervios periféricos que inervan al miembro superior. La causa más aceptada hoy día es el traumatismo por tracción del plexo en el momento del parto. Menos frecuentes son las alteraciones anatómicas (bandas fibrosas etc), que asociadas al traumatismo del parto aumentan la susceptibilidad al estiramiento.

Sirve para restablecer la estructura del nervio lesionado y que con la cicatrización de las fibras nerviosas se puedan conectar los extremos dañados y poder recuperar la sensibilidad o el movimiento de los músculos que dependen de ese nervio, al menos de forma parcial.

Suele ser necesario utilizar injertos de nervios menos importantes que son extraídos de otras zonas (nervio sural de las piernas etc).

CÓMO SE REALIZA:

Se realiza bajo anestesia general.

Se incide en la región lateral del cuello y/o en la región anterior del hombro y/o en la zona proximal del brazo donde según el tipo de lesión (estiramiento/avulsión) se procede (utilizando unas gafas-lupa, microscopio) a realizar la técnica quirúrgica adecuada:

- neurectomía (liberación de los nervios)
- resección del neuroma e interposición de injerto
- transferencias nerviosas (sección de un nervio sano para que inerve a otro que está dañado pero que es más importante para la función del brazo)

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

- Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización.



- Es necesario inmovilizar las articulaciones cercanas (Hombro, codo y muñeca), para mantener la sutura lo más relajada posible. También se evitarán los movimientos extremos del cuello.
- Necesitará reposo durante 4 semanas por lo que se procurará darle los biberones en la cuna.
- Los músculos que dependen del plexo pueden atrofiarse por la falla de estímulo nervioso. A medida que el nervio se regenere estos músculos se irán recuperando.
- La recuperación de la sensibilidad y/o del movimiento de los músculos que dependen del nervio lesionado no es inmediata porque la regeneración del tejido nervioso es lenta.
- Debido a la pérdida de sangre provocada por la lesión y por la operación, puede presentarse anemia que necesite transfusiones o suplementos de hierro.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

La operación pretende recuperar la sensibilidad y la movilidad de las articulaciones y músculos que dependen del plexo.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Para intentar restablecer la función normal del plexo lesionado, la única posibilidad es la reparación quirúrgica entre los 5-6 meses de edad. Pasado este tiempo los resultados decaen. No existen otras alternativas sobre el plexo en sí.

De no realizar la intervención, puede que la sensibilidad y la movilidad no se recuperen por completo y que esos músculos se atrofien.

Dado que el plexo inerva a todos los músculos del miembro superior podríamos utilizar algunos músculos sanos para transferirlos sobre los paralizados; dependerá de la extensión de la lesión.

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.

- Tras la operación es normal sentir dolor o molestias en las zonas cercanas. Por lo general desaparecen en pocos días, pero existe el riesgo de que se prolonguen en el tiempo o se hagan continuas.
- Anemia postoperatoria que puede necesitar transfusión sanguínea.
- Neuroma El nervio cortado puede formar una cicatriz muy sensible y que provoca un intenso dolor por presión, tacto o roce en la zona. Esta situación puede mejorar por sí sola, necesitar tratamiento con fármacos o una nueva operación.
- Fallo en las diferentes suturas que se realizan.
- Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos.
- Complicaciones de la cicatriz: Existe el riesgo de que la cicatriz de la operación sea dolorosa o poco estética
- Necrosis cutánea: La pérdida del riego sanguíneo de la piel próxima a la herida puede hacer necesaria la extirpación de zonas de piel muerta y su cobertura con injertos.
- Parálisis, generalmente transitoria, en músculos que previamente estaban sanos.



LOS MÁS FRECUENTES:

- La recuperación de la sensibilidad y del movimiento de los músculos que dependen de la zona del plexo lesionado puede tardar mucho tiempo o no llegar a ser completa.

LOS MÁS GRAVES:

- Infección: Toda cirugía tiene riesgo de infección. La infección puede ser superficial (localizada justo bajo la piel) o profunda (afecta a músculos y hueso). Si esto ocurre, se realizará tratamiento con antibióticos y se evaluará la necesidad de otros procedimientos (curas locales, limpieza de la herida en quirófano, colocación de antibióticos en el lugar de la infección e incluso la retirada del material implantado).
- Hemorragia: Durante la intervención pueden lesionarse vasos sanguíneos cercanos. A veces es necesaria una segunda operación para frenar el sangrado.
- Trombosis Venosa y Tromboembolismo Pulmonar: Formación de trombos en las venas de la extremidad provocando edema y dolor. Estos trombos pueden desprenderse y generar complicaciones pulmonares agudas con consecuencias graves y riesgo de muerte.
- Lesión de un vaso sanguíneo principal de la extremidad que necesite intervenciones de cirugía vascular para su reparación. Si la lesión es irreparable puede requerir la amputación de la extremidad.

LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Existen situaciones en las cuales la conveniencia de esta intervención puede ser dudosa o cuestionable:

- Edad superior al año
- Pacientes que por cuestiones personales o sociales no van a seguir las recomendaciones y cuidados posteriores a la intervención.
- Pacientes que pueden presentar situaciones que supongan un riesgo muy elevado para la anestesia.

Deberá comunicar al personal sanitario cualquier situación de este tipo antes de la intervención.

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

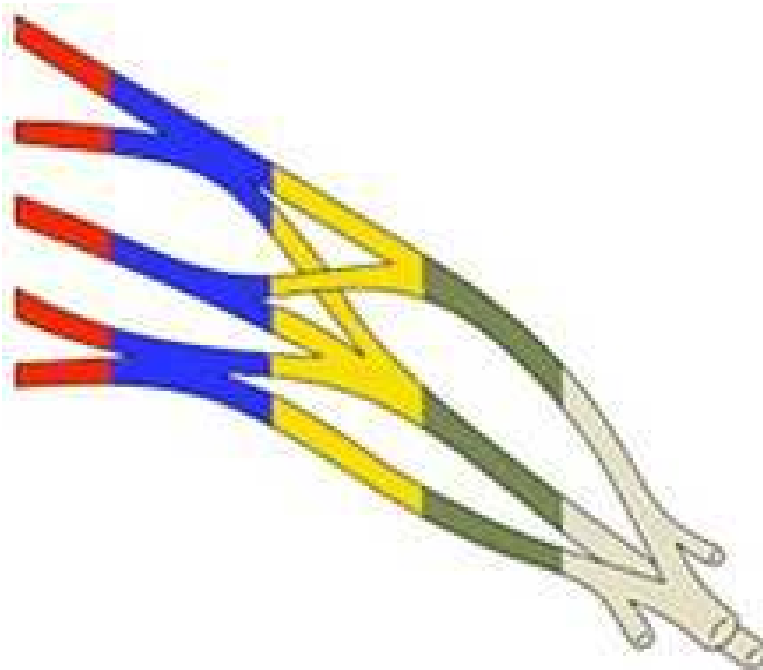
OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:



- 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.)





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 tenida 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

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 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.:
