

**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.

<b>CENTRO SANITARIO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO</b>	<b>UGC DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA, TRAUMATOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA</b>
--	--

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA MUSCULOTENDINOSA EN PARÁLISIS**

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 QUE CONSISTE, PARA QUÉ SIRVE:**

La intervención consiste en cambiar determinado/s tendón/es y/o músculos de posición con el objetivo de conseguir la realización de movimientos que se han perdido como consecuencia de la falta de función del grupo muscular que fisiológicamente se encargaba de realizarla antes de la lesión.

Cuando un grupo muscular pierde su función, manipulamos la anatomía de otro para que supla la función perdida del primero.

El propósito principal de la intervención es mejorar la función de la extremidad afectada corrigiendo de forma paliativa los efectos de una lesión, generalmente nerviosa, que no es reparable y/o es diagnosticada de forma tardía o como complemento de una cirugía nerviosa previamente practicada.

También se puede realizar durante el largo proceso de recuperación de una lesión nerviosa para evitar complicaciones secundarias (rigidez articular, acortamiento/elongación musculares).

**CÓMO SE REALIZA:**

Puede realizarse bajo anestesia general, troncular o local, dependiendo de la localización de la lesión y extensión del procedimiento quirúrgico. La Unidad de Anestesia estudiará su caso y le dirá qué tipo de anestesia es más adecuada.

Las incisiones quirúrgicas pueden ser varias y amplias debido a que hay que cambiar de posición el músculo sano y llevarlo a una localización próxima a la del músculo paralizado. A veces el músculo se transfiere con su arteria, vena y nervio que mediante técnicas microquirúrgicas se unen a arterias, venas y nervio de la zona receptora.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

- Después de la intervención, debido a la cirugía y al proceso de cicatrización, es necesario inmovilizar las articulaciones adyacentes con una férula, para mantener la musculatura lo más relajada posible durante un tiempo variable, generalmente de varias semanas.
- Tendrá molestias o dolor en la zona intervenida que pueden durar semanas o meses y que trataremos con analgésicos.

- Habrá una pérdida de sensibilidad y/o fuerza en la/s articulaciones que activaba el músculo sano que se transfiere que en muchos casos se recuperará de forma paulatina a medida que vaya ejercitando la extremidad.

Importante: Debe conocer que toda intervención quirúrgica posee un margen de incertidumbre, que obliga al médico a decidir la actuación más adecuada en cada momento con independencia del acto médico inicialmente programado.

---

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

La operación pretende recuperar movimientos fundamentales para su vida diaria que le permitan ser autónomo en funciones tales como el aseo personal, la escritura, la conducción, el manejo de un carro, el abrir y cerrar puertas etc.

---

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Si no se realiza la intervención la movilidad de las articulaciones que dependen de los músculos paralizados por la lesión neurológica generalmente no se recuperará jamás y previsiblemente se producirán rigideces que han más difícil el tratamiento con el paso del tiempo.

---

**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:**

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.

- Fallo en las diferentes suturas que se realizan y en la reinserción muscular y/o tendinosa que puede conllevar reintervenciones para volver a suturarlo o para dar más tensión a la transferencia
- Rotura del hueso que se manipula durante la intervención
- Aflojamiento o rotura del material implantado.
- Formación de adherencias entre la sutura y los tejidos cercanos, lo que puede producir dolor intenso con algunos movimientos o imposibilidad para realizarlos
- Pérdida parcial o total del movimiento articular que realizaba el músculo transferido.
- Anemia postoperatoria que puede necesitar una transfusión sanguínea
- 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.
- Edema, inflamación y/o hematomas en la zona operada.
- La recuperación de la sensibilidad y del movimiento de los músculos que dependen del plexo lesionado puede tardar mucho tiempo, no ser completa o no llegar a producirse

**> 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, hueso y placa). Esta complicación puede ocurrir incluso años después de la intervención. La infección profunda compromete muy seriamente el resultado

deseado y ante la sospecha, obligará a tomar medidas inmediatas (punción de articulación, lavado quirúrgico bajo anestesia, tratamiento antibiótico prolongado, e incluso la retirada de la placa).

- Hemorragia: Durante la intervención pueden lesionarse vasos sanguíneos cercanos. A veces es necesaria una segunda operación para frenar el sangrado o la reparación de la lesión vascular mediante cirugía vascular. A veces la lesión puede ser irreparable y puede requerir la amputación de la extremidad
- 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.
- Distrofia simpático-refleja: En las zonas próximas al sitio de una operación puede producirse una pérdida de movilidad en las articulaciones, descalcificación de los huesos, inflamación, dolor, alteraciones de temperatura, sensibilidad, coloración y sudoración. Esta situación puede incapacitarle y necesitar tratamiento médico y rehabilitador prolongado.
- Síndrome compartimental: Aumento de presión dentro de algún grupo muscular que puede provocar lesiones de los vasos, de los nervios y alteraciones musculares irreversibles.
- Lesión de nervios de la extremidad que puede provocar distintos grados de pérdida de sensibilidad o parálisis. Esta lesión puede ser temporal o definitiva.
- 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.

➤ **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.
- Enfermedad circulatoria grave.
- Infección o lesiones de la piel en la extremidad que se va a operar.
- Pacientes que por cuestiones personales o sociales no van a seguir las recomendaciones y cuidados posteriores a la intervención.
- Rigidez articular en zonas paralizadas.
- Amplia extensión de la parálisis como en las parálisis braquiales donde el beneficio puede ser muy pobre debido a los pocos músculos sanos disponibles o a lo poco potentes que son.
- Otras: Hay 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):**

---

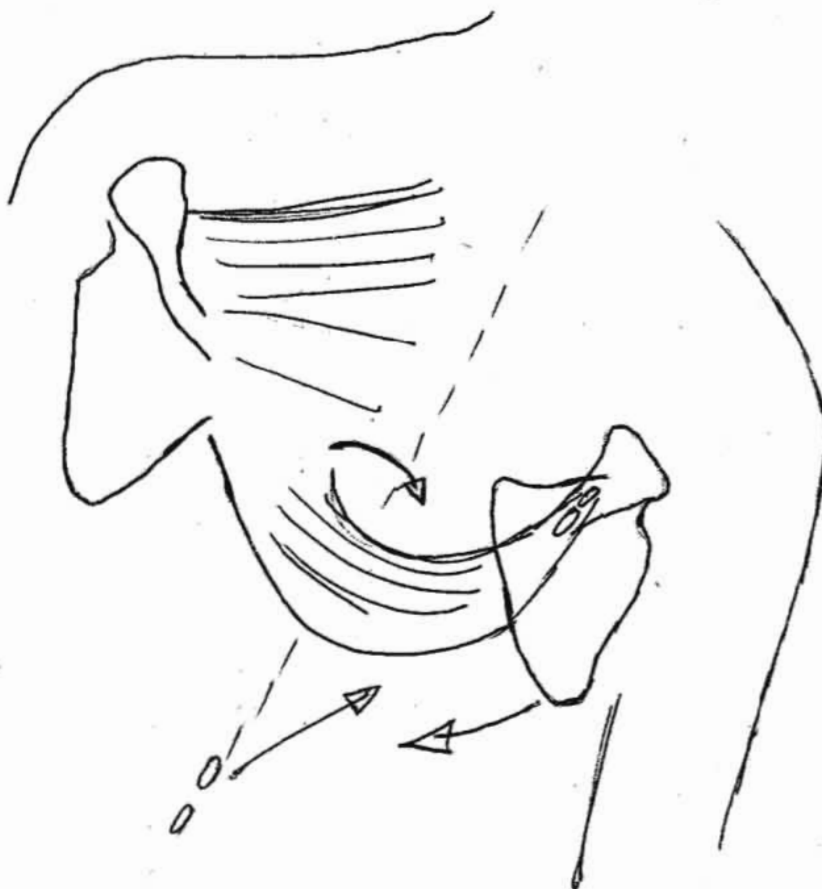
**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- 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:

---





**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.)

a 29 de 10 de 2014

EL/LA PACIENTE  
LEGAL

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO: HOSPITAL	UGC DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA,
UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO	TRAUMATOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

#### 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 \_\_\_\_\_ 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.:

**AUTORIZACION PARA EL ENVÍO DE FOTOS DE CARÁCTER PERSONAL A  
REVISTAS CIENTÍFICAS**

Yo, D. José Antonio Rodríguez Verdún con DNI: [REDACTED]  
y domicilio en Ayamonte, Huelva c/ Benavonte nº 33

**AUTORIZO A:**

Dr. D. Juan José Gil Álvarez con DNI: [REDACTED] para el envío a  
revistas de carácter científico, de fotos de carácter personal en las que, a pesar de  
ocultar rasgos faciales, se pudiera identificar mi persona e identidad:

Atentamente.

Firma del autorizado/a

[REDACTED]  
Juan José Gil Álvarez

Firma del autorizante

[REDACTED]  
José Antonio Rodríguez Verdún

En Sevilla a 25 de julio de 2017