

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

El propósito de la intervención es la disminución o desaparición de los dolores y problemas de sensibilidad, frenando la progresión de la afectación del nervio mediano.

Características

La intervención quirúrgica consiste en la sección del ligamento anular (transverso) del carpo el que se realiza con isquemia del brazo afectado, utilizando un manguito similar al de tomar la tensión arterial.

La intervención hace necesaria una anestesia regional o general, acerca de la cual también he recibido información completa.

Riesgos

Como toda intervención quirúrgica, la operación por síndrome del túnel del carpo, tanto por la propia técnica operatoria, así como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatías, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) lleva implícitas una serie de posibles complicaciones que podrían requerir de tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.

Las complicaciones específicas de esta operación son:

- Reaparición de la sintomatología con el tiempo
- Lesión de la rama sensitiva y/o motora del nervio mediano, originando dolor y parálisis de las zonas afectadas
- Lesión de estructuras del paquete cubital
- Cicatriz dolorosa
- Infección
- Dehiscencia de la herida
- Rigidez de las articulaciones de los dedos

Acepto que si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. De cualquier forma de ocurrir alguna complicación, debe saber que la Clínica cuenta con todos los medios y recursos para solucionarla.

Finalmente debe saber que la única alternativa para reducir sus síntomas y molestias son los antiinflamatorios o las infiltraciones locales, como parte de un tratamiento conservador que en ningún caso logrará la curación de su enfermedad.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA TÚNEL CARPIANO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal