

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos mi diagnóstico presuntivo de **síndrome de túnel carpiano DERECHO/IZQUIERDO** (tachar lo que no corresponda), como así también los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del tratamiento para el mismo,

autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_  
y a su equipo, a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.

- 2) La intervención me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 3) Se me ha informado que el Síndrome del Túnel Carpiano se define como la compresión del nervio mediano a nivel de la parte anterior de la muñeca (túnel del carpo). La cirugía consiste en la división del ligamento anular del carpo para lograr la descompresión de los elementos que discurren dentro del túnel del carpo, asociando o no una plastia del mismo en el momento del cierre. El objetivo de la cirugía consiste en la desaparición o disminución de la sintomatología (parestias y disestesias), así como la recuperación de la amiotrofia muscular y evitar la progresión de la enfermedad. Se me ha aclarado que:
  - a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.
  - b) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes: como frecuentes: infección de herida, sangrado, hematoma, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), dehiscencias de suturas y reaparición de la sintomatología por recidiva de la compresión nerviosa. Como menos frecuentes: lesiones de las ramas motoras del nervio mediano, lesión de la rama sensitiva del nervio mediano, lesión del paquete cubital, lesión vascular del arco palmar superficial, curdas de arco con subluxación nerviosa o tendinosa, distrofia simpática refleja y alteraciones cutáneas, nerviosas o vasculares producidas por el manguito de isquemia. Como infrecuentes pero graves: Si se realiza anestesia troncular puede provocar neuritis de larga evolución por inyección intraneural y shock anafiláctico.
- 4) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de presentar una progresión de los síntomas dependientes de la compresión del nervio mediano: disestesias y parestias del territorio sensitivo y amiotrofia progresiva de las masas musculares de la eminencia tenar.
- 5) Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme la siguiente: tratamiento conservador con aplicación de infiltraciones, aunque no parece aconsejable un número mayor de 2 y suele reproducirse la sintomatología posteriormente. Asimismo, se me ha explicitado que, de acuerdo a

mi estado actual de salud, resulta más aconsejable el procedimiento quirúrgico propuesto. Se me han explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección de tratamiento alternativo

- 6) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio
- 7) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
- 8) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 9) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI/NO**) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 10) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 11) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 12) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a \_\_\_\_\_

## **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Represento en carácter de:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_