

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA COMPRESIÓN DEL NERVIO CUBITAL EN EL CODO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Este procedimiento se realiza cuando el nervio cubital se encuentra atrapado a su paso por el codo, causando síntomas sensitivos o motores. Se recomienda cuando otros tratamientos como la medicación o el reposo han fallado.

La descompresión consiste en liberar al nervio de los tejidos o estructuras circundantes que están provocando su atrapamiento.

En esta intervención se utiliza anestesia regional y se emplea un manguito de isquemia como el de tomar la tensión arterial, para evitar el sangrado durante la operación.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para poder proporcionar un tratamiento más adecuado.

La finalidad de esta cirugía es eliminar o disminuir el dolor, mejorar la movilidad y permitir su recuperación.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Lesión vascular.
- Lesión o sección del nervio.
- Persistencia de la debilidad motora.
- Rigidez de las articulaciones cercanas.
- Lesiones de los músculos, ligamentos y tendones cercanos, necesarios para realizar la liberación del nervio.
- Inflamación del brazo hasta la mano, que suele resolverse rápidamente.
- Osificaciones y/o calcificaciones alrededor del nervio descomprimido.
- Flebitis y tromboflebitis del miembro, con dolor, hinchazón que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) e incluso tener consecuencias fatales.
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión en el espacio existente alrededor de determinados músculos).
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivadas del uso del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- Complicaciones de la piel (necrosis cutánea).
- Algodistrofia: cambios en el color, sensibilidad y la temperatura de la piel, con dolor, sudor e inflamación

- Sangrado durante la intervención o tras ella.
- Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dolor, mala cicatrización, cambios en la sensibilidad, etc.).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos

### **RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### **CONTRAINDICACIONES**

- Mala situación vasculo-nerviosa del miembro a operar.
- Infección activa.

### **ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Medicación antiinflamatoria
- Inmovilización de la articulación.
- Infiltraciones

### **AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA COMPRESIÓN DEL NERVIO CUBITAL EN EL CODA"**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: