



ASOCIACION ESPAÑOLA Primera en Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA DE LA HERNIA DISCAL LUMBAR

INFORMACIÓN GENERAL

En la columna hay unos discos elásticos y varias articulaciones entre las vértebras. Por pequeños traumatismos, esfuerzos o simplemente por el envejecimiento, los discos pueden romperse y su contenido herniarse hacia atrás o hacia los lados: las articulaciones pueden degenerar haciéndose rugosas y pueden causar dolores y comprimir las raíces de los nervios que haya en sus proximidades. Ello puede producir impotencia funcional importante, inclusive pérdida de fuerza de los miembros inferiores, disminución de la sensibilidad, alteración del funcionamiento de los esfínteres anal y vesical o disfunción sexual. La cirugía se hace cuando han fracasado otros tratamientos conservadores (rehabilitación, medicación, cambio de actividad, etc.) o por presentar un déficit neurológico.

El beneficio que obtendrá con esta cirugía es aliviar el dolor radicular entre un 70-90% de los casos, o mejorar su déficit neurológico previo si lo presentara.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA CIRUGÍA DE HERNIA DISCAL LUMBAR

La colocación es en la posición decúbito prono (sobre el tórax y el abdomen) o en decúbito lateral, realizándose una incisión en la espalda. Se abrirá un "camino" entre las láminas vertebrales para poder extraer el disco herniado que comprime la raíz nerviosa. Otras veces hay que reseca parte de las vértebras afectas (láminas) y de las articulaciones, para liberar las raíces nerviosas de la presión de las excreciones óseas, "osteofitos".

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

CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA DE HERNIA DISCAL LUMBAR

En ese caso se mantendrán los síntomas y signos que son expresiones del cuadro clínico actual.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE HERNIA DISCAL LUMBAR

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) y los específicos del procedimiento:

- Molestias en la zona operada y/o raíz afecta como hormigueos o dolor que probablemente sea de menor intensidad al previo.
- Reintervención por restos discales, fibrosis o inestabilidad lumbar (2.8-11%).
- Persistencia del síndrome radicular o agravamiento (0.8-1.9%).
- Infección: superficial de la herida (0.9-6.8%); meningitis (0.2-0.3%); discitis (0.4-3%).
- Fístula de líquido cefalorraquídeo (0.1-0.9%).
- Error de espacio (0-1.4%).
- Complicaciones de la posición quirúrgica.
- Lesiones en vasos abdominales y/o uréter (complicación casual grave).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden

llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente (0,02%). De darse dicha circunstancia, el médico actuante adoptará, en el momento, las medidas terapéuticas que considere pertinentes

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

INFORMACION Y RIESGOS PERSONALIZADOS

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En esta patología está indicado un tratamiento médico conservador que incluye rehabilitación, pero puede no haber mejoría o conllevar un comienzo o aumento del déficit neurológico, por lo que se plantea la alternativa quirúrgica. En este centro se realiza la hemilaminectomía estándar y/o microcirugía y en ocasiones se le puede añadir en el espacio operado un gel para intentar evitar la fibrosis de la raíz. Otras técnicas que no se realizan en este centro incluyen la quimionucleolisis, disectomía lumbar percutánea neumatizada, disectomía endoscópica percutánea y descompresión con láser del disco. En algunos casos es necesario fijar la columna con barras, tornillos e injertos óseos.

SI DESPUES DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.

CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicada una cirugía de hernia discal lumbar, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

- 1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.
- 2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;
- 3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;
- 4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los _____ días del mes de _____ de 201__.

MEDICO TRATANTE.

NOMBRE _____

El firmante deja constancia: que el paciente si/no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA _____

SOCIO

NOMBRE _____ C.I. _____ Domicilio _____

FIRMA _____

Teléfonos _____

NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO.-

Niños: El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento

Imposibilitados: El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____, Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACION CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____

DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento _____ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar este consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de - _____, no consiento su realización.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____, Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACION CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____

REVOCACION DEL COSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha ___/___/___, para realizar el procedimiento de _____.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____, Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACION CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____