



# ASOCIACION ESPAÑOLA Primera en Salud

## CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA DE HERNIA DISCAL CERVICAL

### **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 con excrescencias óseas “osteofitos”. Esto puede causar dolores y comprimir las raíces de los nervios próximos, la médula y producir dificultad en la marcha o impotencia funcional importante, inclusive la pérdida de fuerza de los miembros inferiores con rigidez “espasticidad” (mielopatía) o producir mareos. La cirugía se hace cuando han fracasado otros tratamientos conservadores (rehabilitación, medicación, cambio de actividad, etc.) y alivia el dolor radicular entre un 70-90% de los casos, o mejora 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 LA HERNIA DISCAL CERVICAL**

Se le pondrá en posición decúbito supino (sobre la espalda), realizándose una incisión en el cuello (lado derecho normalmente) y se abrirá un “camino” entre los músculos, la tráquea, el esófago y los vasos y nervios del cuello para poder extraer el disco herniado que comprime la raíz nerviosa afecta y médula y las formaciones óseas excrescentes. Para tener una mejor estabilidad (dependiendo de la situación) se le puede interponer una caja de titanio con material óseo (injerto de cresta iliaca), o una placa con tornillos.

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 CERVICAL**

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

### **RIESGOS DE LA CIRUGÍA DE LA HERNIA DISCAL CERVICAL**

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.
  - Molestias en la cresta iliaca o dificultad para tragar que será pasajera.
  - Déficit radicular transitorio (1.2-19%).
  - Persistencia del síndrome radicular o agravamiento (0.4%).
  - Infección superficial de la herida (0,9-6.8%), discitis (0.2-1.9%); meningitis (complicación casual); absceso (complicación casual).
  - Lesión medular nueva (agravamiento)(0.2.-4%) o lesión medular preexistente (0.5-3.3%).
  - Lesión del nervio recurrente (0.2-4%).
  - Extrusión, rotura, infección y/o reabsorción del injerto.
- Complicaciones de la zona de extracción del injerto (dolor, meralgia parestésica, infección, hematoma),
- Lesiones en vasos: Arteria carótida y vertebral, venas del cuello (complicación casual).

- Subluxación.
- Edema laríngeo (dificultad para la respiración) y/o disfagia (dificultad de deglución).
- Complicaciones a otros órganos y durante el postoperatorio (neumonías, neumotórax y perforación de esófago complicación casual, gastritis, hemorragias digestivas, tromboflebitis/embolismo pulmonar, retención o infecciones urinarias, reacciones a fármacos, etc.).

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. 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**

Esta patología se indica un tratamiento médico conservador que incluye rehabilitación, pero puede no haber mejoría o conllevar a iniciarse o aumentar el déficit neurológico, por lo que se plantea la alternativa quirúrgica. En este centro se usa la técnica de microcirugía anterior con o sin fijación intersomática. Otras vías de abordaje son la vía posterior clásica con laminectomía sin o con fijación, la apertura de un agujero en las articulaciones con material herniado o rugoso (Scoville) u otras técnicas con resultados discutibles como la quimionucleolisis, etc.

En algunos casos, es necesario fijar la columna con barras, tornillos e injertos óseos, cuya explicación se le dará oportunamente.

**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 cervical, 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 \_\_\_\_\_