



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Hernia Discal Dorsal

Consentimiento Informado Para Cirugía De Hernia Discal Dorsal

Consentimiento Informado Para Cirugía De Hernia Discal Dorsal

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de **HERNIA DISCAL DORSAL**

INFORMACION

Este procedimiento se realiza para aliviar el dolor o mejorar su déficit neurológico si lo tuviera (pérdida de fuerza en las piernas, disminución de la sensibilidad, disfunción sexual, alteración de esfínteres anal y vesical) que es debido al desplazamiento de los discos elásticos que hay entre las vértebras. La intervención consiste en extraer el disco herniado y en ocasiones también parte de las vértebras y articulaciones que comprimen la raíz nerviosa y médula.

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 Dorsal

Se realizará una incisión en la espalda (estará acostado boca abajo) y se abrirá un camino hasta llegar al disco a través de la articulación y, a veces, hay que retirar parte de la costilla de ese lado. En ocasiones hay que sacrificar la raíz nerviosa intercostal, quedando una zona de anestesia entre las costillas. Se extrae el disco herniado y a veces calcificado (30-60% del total). En algunos casos es necesario fijar la columna con barras, tornillos e injertos de hueso.

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.

Riesgos de la cirugía de Hernia Discal Dorsal

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:

- Reintervención (2,8-11%) porque queden restos del disco, por fibrosis o inestabilidad de la columna dorsal.
- Déficit medular (3-10%) que puede ser transitorio o definitivo (Paraparesia o plejía).
- Déficit radicular transitorio con dolor, hormigueos, o persistente (0,8-9%). Infección de la herida (0,9-6,8%), del disco (0,4-3%) o meningitis (0,2-0,3%). Salida del líquido cefalorraquídeo (0,1-0,9%).
- Complicaciones debidas a la posición quirúrgica (acostado boca abajo), como cegueras, embolias, compresiones de nervios periféricos, partes blandas, etc., no superan el 10% global.
- Lesiones en vasos y/o vísceras torácicas (excepcional pero graves). Complicaciones en otros órganos (neumonías, gastritis, hemorragias digestivas, tromboflebitis). Mortalidad (0,02%).

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



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.
Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **HERNIA DISCAL DORSAL**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....