



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Liberación De Compresión
Medular Por Canal Estrecho

Consentimiento Informado Para Cirugía De Liberación De Compresión Medular Por Canal Estrecho

Consentimiento Informado Para Cirugía De Liberación De Compresión Medular Por Canal Estrecho

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 para **LIBERACIÓN DE COMPRESIÓN MEDULAR POR CANAL ESTRECHO**

INFORMACIÓN GENERAL

- El canal lumbar es el espacio donde se sitúa la médula espinal. Cuando el canal lumbar es estrecho o está comprimido por una degeneración artrósica, o una lesión tumoral, o infecciosa que disminuye el diámetro del canal, origina unos síntomas de dolor y compresión de raíces o médula, que precisan una cirugía que agrande este canal.
- Este procedimiento se realiza para agrandar el canal raquídeo y así 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).
- Puede precisarse en un mismo tiempo una fijación instrumentada o posteriormente de esta cirugía.
- 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 canal lumbar estrecho y compresión medular

La intervención consiste en realizar una incisión en la espalda (estará acostado boca abajo) y se realizará una laminectomía para descomprimir las raíces nerviosas y médula, con el fin de aliviar los síntomas. La duración de la intervención será de 2-4 horas.

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 canal lumbar estrecho y compresión medular

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:

- Déficit radicular transitorio con dolor, hormigueos, o persistente (0,8-3,9%).
- Infección de la herida en el 0,9 al 6,8%. Rara vez abscesos epidurales.
- Salida del líquido cefalorraquídeo en el 0,1 al 2,9%.
- Agravamiento del déficit medular o radicular, dependiendo de la situación previa, por hematoma o acúñamiento vertebral (0,3-1%).
- Complicaciones debidas a la posición quirúrgica (tumbado boca abajo), como cegueras, embolias, compresiones de nervios periféricos, partes blandas, etc. No superan el 10% global.
- Complicaciones en otros órganos (neumonías, gastritis, hemorragias digestivas, tromboflebitis).
- Cicatriz en la zona epidural, mejorada con la administración de una barrera antiadhesiva (10-30%).
- Rotura o desconexión por la colocación de los tornillos de los sistemas metálicos si los precisara hasta un 15%.

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 (0,02%), 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

CONSENTIMIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
LIBERACIÓN DE COMPRESIÓN MEDULAR POR CANAL ESTRECHO

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(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).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente:..... Rut:

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).