



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De La Hernia Discal  
Cervical

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De La Hernia Discal Cervical**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De La Hernia Discal Cervical

---

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  
**DISCECTOMÍA CERVICAL ANTERIOR POR HERNIA DISCAL CERVICAL.**

## IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

### ¿Qué son las HERNIAS CERVICALES?

Los discos son estructuras que existen entre cada dos vértebras y que sirven para amortiguar las cargas que soporta la columna vertebral. Cuando los discos degeneran por la edad o por los esfuerzos repetidos, pueden llegar a salirse de su localización normal, lo que se conoce como hernia de disco.

Al salirse pueden comprimir estructuras nerviosas que puede cursar con trastornos sensitivos en brazos en forma de hormigueo (parestias) o sensación de adormecimiento (hipoestesia), y con dolor (radiculalgia) en el brazo o en la mano. Los reflejos suelen estar disminuidos. En fases más avanzadas puede aparecer pérdida de fuerza en algún grupo muscular de la extremidad superior.

### ¿Qué es la ESPONDILOSIS CERVICAL?

- Es una degeneración o artrosis de las articulaciones que hay entre las vértebras cervicales, incluido el disco, por pequeños traumatismos repetidos, enfermedades reumáticas o por la edad.
- Es un hallazgo frecuente en la población general. Se encuentra evidencia radiológica de artrosis cervical en un 25-50% de la población alrededor de los 50 años, y en un 75-90% a la edad de 65 años.
- Esta degeneración se manifiesta por rugosidades, picos u osteofitos, que se pueden comportar de la misma forma que la hernia discal.
- Las hernias discales son más blandas y los osteofitos de la espondilosis son más duros. Sin embargo muchas veces se asocian en el mismo enfermo. El 94% de los cambios degenerativos se detectan a nivel de las vértebras C4 hasta la última vértebra cervical: C7. No todos los pacientes con cervicoartrosis desarrollan sintomatología neurológica, aunque sí presentan, con frecuencia, síntomas relacionados con la artrosis de las vértebras: dolor de cabeza, dolor cervical, mareos (sobre todo con los movimientos del cuello), disminución de la movilidad cervical, etc.
- El tratamiento con medicamentos y reposo es la solución en la mayor parte de los casos. Pasada la fase aguda está indicado el tratamiento Rehabilitador. Sin embargo, cuando la hernia de disco es muy grande, existe lesión de los nervios o no se mejora con el tratamiento médico, ni rehabilitador, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.

### ¿En qué consiste la operación?

Depende de cada caso y a veces de la experiencia de cada cirujano elegir una técnica por vía posterior o por vía anterior.

- La cirugía por vía anterior se hace mediante una operación a través de los pliegues de piel de la mitad derecha y anterior del cuello. Existen diferentes técnicas para realizarlo (Cloward, Otero, Smith-Robinson). El objetivo de la operación es extraer el disco herniado o los osteofitos.
- Frecuentemente después de quitar el disco, se coloca una pieza de hueso u otro material (artrodesis anterior) o una prótesis total del disco. Algunos cirujanos prefieren por esta vía quitar casi todo el cuerpo de las vértebras (corporectomía), fijar las vértebras con placas de titanio, etc.
- La cirugía por vía posterior se hace a través de una incisión mayor en la línea media del cuello, se reseca la parte posterior de una o varias vértebras (Laminectomía) y se quita la compresión a los nervios o a la médula.

### ¿Cómo es el postoperatorio habitual?

En general, después de la operación, el paciente puede levantarse llevando un collarín cervical. La herida se revisará con curaciones locales y la sutura se retirará a los 7 días. Habitualmente se da el alta a los 7 días, pudiendo adelantarse o retrasarse según el estado de cada paciente. En el informe de alta, que recibirá antes de marcharse, se describirá la intervención y se recomendará seguir reposo relativo, llevar collarín cervical y tomar analgésicos si apareciera dolor.

### ¿Cuáles son los riesgos, complicaciones y secuelas posibles?

Las más frecuentes son las molestias en el cuello y dolor al tragar. Estas molestias ceden a los pocos días y se controlan fácilmente con tratamiento. Más raramente pueden producirse problemas con las piezas que se colocan entre las vértebras, infecciones de la herida. Las complicaciones más graves que se han descrito, aunque excepcionales, son las que se deben a lesión de las zonas cercanas a la columna cervical (médula espinal, esófago y tráquea), que pueden oscilar entre una mayor o menor lesión nerviosa hasta ser causa de muerte (excepcionalmente).

- 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%).

### ¿Qué ocurre al alta hospitalaria?

Cuando el médico responsable que lleva su caso decida el alta, el tratamiento ha de seguir en casa. Así mismo será remitido a la Consulta, con el fin de realizar un seguimiento evolutivo de su caso.

En general al cabo de unas semanas de la intervención los pacientes pueden volver a sus actividades normales evitando esfuerzos físicos importantes recomendándose una serie de medidas fisioterapéuticas o rehabilitadoras que su médico le detallará.

En ocasiones deberá seguir con tratamiento médico.

### Tratamientos Alternativos

El Médico arriba mencionado me ha explicado la necesidad de la intervención propuesta y los posibles tratamientos alternativos que son:

- Reposo y medicación, con el inconveniente de que pueden progresar los daños al nervio afectado.
- **Técnicas quirúrgicas alternativas:** Nucleotomía percutánea, ambas se realizan a través de punciones a través de la piel de mayor o menor grosor. Según su opinión no están indicadas en mi caso.

**Ha quedado totalmente aclarado lo siguiente:**

- Que entiendo la utilidad de la operación propuesta.
- Que se me han detallado los riesgos y posibles complicaciones inherentes a las exploraciones diagnósticas, procedimiento operatorio y postoperatorio en un lenguaje claro.
- Que algunas circunstancias no previstas durante la operación pueden hacer necesaria la utilización de técnicas quirúrgicas diferentes de las previamente planeadas. En este caso autorizo al cirujano a que actúe en conciencia a lo que él considere más conveniente de acuerdo con la ciencia médica.
- Que he tenido ocasión de hacer todas las preguntas que he deseado.

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:  
**DISCECTOMÍA CERVICAL ANTERIOR POR HERNIA DISCAL CERVICAL.**

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).