

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HERNIA DE DISCO



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	<p>Disectomía: Indicado en dolor lumbar o ciático que no responde a tratamiento médico-ortopédico. Se realiza la liberación de estructuras nerviosas y la resección del disco intervertebral, para lo cual es necesario quitar los ligamentos paravertebrales posteriores.</p> <p>Laminectomía: Indicado en cática o lumbalgia claudicante con la marcha, rebelde a tratamiento médico-ortopédico. La técnica consiste en la resección del arco posterior vertebrales.</p> <p>De forma intraoperatoria pueden ser apreciadas patologías o circunstancias que deban hacer variar la técnica quirúrgica al cirujano.</p>
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	<p>Eliminar o mejorar el dolor y evitar lesiones neurológicas progresivas. El principal beneficio que se busca es mejorar la calidad de vida y la actividad laboral del paciente.</p>
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	<p>Ante la presencia de factores individuales (sobrepeso, insuficiencia muscular, deportista) que exija sobrecarga lumbar existe la opción de asociar la fijación vertebral (artrodesis) con o sin implante.</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	<p>Son el aumento del dolor y la impotencia funcional, progresión de las posibles lesiones neurológicas asociadas.</p>
RIESGOS FRECUENTES	<p>Derivados en la posición quirúrgica en decúbito prono (boca abajo):</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesión ocular por oclusión de la arteria retiniana (muy rara). Compresión de nervios periféricos de la axila, coco y muslo. Radiculopatía cervical posicional. <p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trombosis venosa profunda (6%) y embolismo pulmonar. Aracnoiditis y fibrosis epidural (rara) Infección superficial y profunda (frecuente) Discitis, osteomielitis y absceso epidural (raras). <p>Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Intraoperatorias: Lesión de duramadre, lesiones radicales, lesiones vasculares de las arterias y venas vecinas (son raras pero muy graves), lesiones abdominales como peritonitis (raras) b) Postoperatorias: Hematoma epidural compresivo, descompresión insuficiente con hernia discal recidivada, fibrosis periradicular (frecuente), lesiones de discos vecinos por sobrecarga mecánica. <p>Todos estas posibles complicaciones pueden requerir otro acto quirúrgico que añade nuevos riesgos al inicial.</p>
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	<p>Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HERNIA DE DISCO

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE HERNIA DE DISCO**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE HERNIA DE DISCO**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO