

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA POR HERNIA DE DISCO

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos mi diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del tratamiento para el mismo, autorizo al/la Dr./Dra. _____ y a su equipo, a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.
- 2) Se me ha explicado que los discos intervertebrales separan las vértebras de la columna; cada uno constituye un amortiguamiento cartilaginoso que permite ligeros movimientos de las vértebras. Por pequeños traumatismos, esfuerzos, o simplemente por envejecimiento, los discos pueden dañarse o romperse, y su contenido herniarse hacia atrás o hacia los lados; las articulaciones pueden degenerarse, tornándose rugosas y con excrescencias óseas (osteofitos). Esto último puede causar dolores y comprimir las raíces de los nervios próximos o 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.
- 3) La cirugía se encuentra indicada cuando han fracasado otros tratamientos conservadores (rehabilitación, medicación, cambio de actividad, etc.), con el fin de aliviar el dolor radicular o mejorar un déficit neurológico si lo presentara. En el caso de hernia de disco cervical la intervención quirúrgica se lleva a cabo colocando al paciente en posición decúbito supino (sobre la espalda), y se realiza una incisión en el cuello (lado derecho normalmente). En el supuesto de hernia dorsal o lumbosacra se coloca al paciente en decúbito prono (boca abajo), y se realiza una incisión en la espalda. En todos los casos la cirugía consiste en la apertura de un “camino” entre las láminas vertebrales para poder extraer el disco herniado que comprime la raíz nerviosa. En ciertas ocasiones es necesaria la resección de una parte de las vértebras afectadas (láminas) y/o de las articulaciones, de forma tal de poder liberar las raíces nerviosas de la presión de las excrescencias óseas. Para tener una mejor estabilidad (dependiendo del caso) se puede interponer una caja de titanio con material óseo (injerto de cresta iliaca), o una placa con tornillos.
- 4) Se me han explicado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
 - b) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervención quirúrgica son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido explicitadas, enunciándose a continuación a título ejemplificativo las siguientes:
 - i. Complicaciones o efectos no deseados comunes a toda cirugía de hernia de disco: molestias en la zona operada y/ o raíz afectada (hormigueos, dolor, etc.), déficit radicular transitorio, persistencia del síndrome radicular o agravamiento, infección superficial de la herida, discitis, meningitis, absceso, lesión medular, extrusión, rotura, infección y/o reabsorción del injerto, fístula de líquido cefalorraquídeo, error de espacio.

ii. Complicaciones o efectos no deseados propias de la cirugía de hernia de disco cervical: lesión del nervio recurrente, lesión de vasos (arteria carótida, vertebral, venas del cuello), subluxación, edema laríngeo (dificultad para la respiración), disfagia (dificultad para la deglución), neumonía, neumotórax, perforación de esófago.

iii. Complicaciones o efectos no deseados propias de la cirugía de hernia de disco dorsal: Lesión de vasos (arteria aorta torácica), lesión de órganos intratorácicos.

iv. Complicaciones o efectos no deseados propias de la cirugía de hernia de disco lumbosacra: Lesión de vasos (vena cava, arteria aorta), lesión de uréteres, paraplejía, ciática, síndrome de cola de caballo.

v. Complicaciones de la zona de extracción del injerto: dolor, meralgia parestésica (neuropatía sensitiva), infección, hematoma.

vi. Las complicaciones suelen resolverse con tratamiento no quirúrgico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a ser necesario una reintervención, en algunos casos de urgencia.

- 5) Se me ha informado que existen tratamientos alternativos al propuesto, como ser: la quimionucleólisis, disectomía lumbar percutánea neumatizada, disectomía endoscópica percutánea y descompresión con láser del disco. Se me ha aclarado que dichos procedimientos no son realizados por el médico antes mencionado y/o no es posible llevarlos a cabo en la institución referida.
- 6) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer alguna de las complicaciones propias de la patología, como ser: persistencia o agravamiento de los síntomas, con pérdida de chance de recuperación funcional del miembro afectado, si los hubiere.
- 7) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio
- 8) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
- 9) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI/NO**) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 11) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

Firma: _____

- 12) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 13) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____