hm hospitales

Consentimiento informado para la intervención de microdiscectomía y artrodesis cervical por vía anterior

PACIENTE.....

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas necesarias para su salud y bienestar. Para, finalmente, estar de acuerdo y asumir los criterios de su médico, al cual ha elegido libremente.
El objeto de este documento no es alarmarle, pero no puede ni debe ocultarse que, con independencia de la pericia profesional o de los medios de los que dispone el Hospital, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característico de las ciencias médicas.

Ud. ha recibido información sobre:

DIAGNOSTICO.....
TIPO DE INTERVENCION.....
CIRUJANO.....

En la columna vertebral hay discos elásticos y varias articulaciones entre las vértebras que permiten los movimientos de unas sobre otras. Por diversas causas, como pequeños traumatismos, esfuerzos, o simplemente por el envejecimiento de los tejidos, los discos pueden romperse y su contenido herniarse o salirse hacia atrás o hacia los lados. Además, las articulaciones entre las vértebras pueden degenerar, haciéndose rugosas y con osteofitos (aumento o crecimiento del hueso que forma la articulación).
Estas alteraciones (disco intervertebral salido de su sitio y los osteofitos) pueden comprimir las raíces de los nervios que hay en sus proximidades y causar dolores o incluso comprimir la médula y producir dificultad en la marcha. En otras ocasiones estas alteraciones pueden ser causa de mareos y dolores en el cuello y nuca. La cirugía se hace cuando han fracasado otros tratamientos médicos conservadores.
La operación se realiza en la zona del cuello anterior y lateral. La incisión cutánea se hace, por lo general, siguiendo un pliegue cutáneo (para reducir al máximo posible la cicatriz). Consiste en extirpar el disco afectado y los osteofitos, liberar las raíces y el canal vertebral y colocar un injerto de hueso (que suele ser de su propia cadera) para que se fusionen las vértebras. Además suele ser conveniente fijar las vértebras y el injerto con una placa metálica de titanio y sus tornillos correspondientes.

RIESGOS O COMPLICACIONES:
Las complicaciones de esta intervención son muy poco frecuentes, pero pueden producirse algunos efectos adversos:
1. - Es frecuente que durante los primeros días tenga molestias y dificultad al tragar los alimentos. También puede tener la voz ronca. No es habitual que estas molestias permanezcan definitivamente.
2. - Al coger el injerto de su cadera, durante los primeros días tendrá dolor local y dificultad para caminar bien.
3. - No es frecuente que se produzcan infecciones. Realizamos profilaxis antibiótica.
4. - Una complicación muy rara y muy poco frecuente es que se lesione la médula o alguno de los nervios. También se puede lesionar la arteria carótida o el esófago durante la intervención, pero es excepcional.
5. - A veces se puede rechazar el injerto o desplazarse. Esto puede requerir otra intervención para retirar el injerto.
6. - Si es necesario colocar una placa metálica y tornillos puede tener una reacción por sensibilidad a metales o a cuerpo extraño. Puede producirse una rotura de los tornillos o que estos se aflojen. No es frecuente que esto suceda pero si sucede sería necesaria otra intervención.

7. - Otras complicaciones pueden ser:
- Riesgos de trombosis
- Infección de orina si es necesario el sondaje vesical.
8. - Reacciones alérgicas (Tanto el INSALUD, como Sociedades científicas especializadas recomiendan no hacer sistemáticamente pruebas diagnósticas para detectar una posible alergia, ya que las mismas pruebas no están exentas de riesgos y el resultado negativo no garantiza que no exista reacción alérgica posterior). *Si tiene antecedentes alérgicos comuníquenoslo.*
9.-RIESGOS PARTICULARES é

El abajo firmante D/Dña. .....
de..... años de edad, o por incapacidad legal su representante DNI..... reconoce haber sido informado/a de forma clara y sencilla de los detalles sobre el procedimiento al que voluntariamente se va a someter, del pronóstico, secuelas y otras consecuencias derivadas del mismo, así como de los posibles procedimientos alternativos, si los hubiere, con sus efectos y riesgos, y de haber recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que hubiere formulado.
Por tanto da libremente su consentimiento al médico y al Hospital para la realización de la intervención de *ARTRODESIS CERVICAL POR VÍA ANTERIOR* asumiendo la posibilidad de que puedan ocurrir las complicaciones explicadas u otras aún más excepcionales, sin que medie error, impericia u omisión.
Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas
beneficio de mi salud que, por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo consentimiento, incluyendo: la hemoterapia (lo que implica que puede ser portadora de enfermedades transmisibles en muy baja frecuencia, a pesar de que cada donación es analizada exhaustivamente), sueroterapia, variaciones de la anestesia, técnicas instrumentales diagnósticas o terapéuticas.
Autorizo a que el Hospital disponga de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que precisan ser extirpados durante la intervención, para su oportuno estudio anatomo-patológico. Así como que puedan ser empleados en futuros estudios de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.
Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con la medicina, por razones docentes. De igual forma doy mi consentimiento para que sean tomadas fotos, cintas de vídeo, etc., del campo quirúrgico, para su utilización en actividades docentes y de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.
He comprendido que la cirugía puede curar, poniendo fin al tratamiento, pero en otras ocasiones la intervención se hace para aliviar los síntomas de compresión y mejorar el dolor. Entiendo que, desgraciadamente, un pequeño porcentaje de enfermos continúan con dolores. También comprendo que puede reproducirse la hernia o la artrosis en el nivel operado o en otro. Así como que, si la degeneración afecta a muchas vértebras, no siempre se pueden operar todas, haciéndolo de las más enfermas.
Por último se le recuerda que tiene el derecho, en cualquier momento de retirar la autorización.

En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:

Firma del paciente o representante

Firma del médico

Colegiado número: .....

En é é é é é é é é é é é ., aé é é é .. de..... de é é é

En caso de no firmar el paciente sino el representante, indíquese la causa:
- Por ser menor de edad o estar incapacitado
- Por delegación voluntaria
- Porque la situación del paciente no lo permita

DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO

D/Dña. ..... ante los testigos abajo firmantes expreso mi DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO a pesar de haber sido informado de las consecuencias de mi acto por el motivo de .....
haciéndose plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que se deriven de ésta decisión expresada de forma libre y consciente.

Firma del paciente o representante

Firma del médico

Colegiado número: .....

En é é é é é é é é é é é ., aé é é é .. de..... de é é é