

Consentimiento informado para la intervención de hemilaminectomía lumbar-microdiscectomía

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 su:

DIAGNOSTICO.....

TIPO DE INTERVENCION.....

CIRUJANO.....

El disco intervertebral es como una almohadilla situada entre dos vértebras, para permitir una correcta movilidad entre ellas. A causa de un esfuerzo brusco o de un progresivo desgaste, el ligamento o cápsula que contiene el disco se rompe y el material discal sale (se hernia), comprimiendo la raíz nerviosa que se encuentra muy próxima. Esto provoca intenso dolor, pérdida de sensibilidad e incluso pérdida de fuerza en algún territorio de la extremidad inferior del lado hacia el que se hernia el disco. En ocasiones la raíz nerviosa es comprimida por un osteofito (crecimiento del hueso por artrosis vertebral), por venas alteradas que discurren a su lado o por todas estas causas juntas.

Cuando existe una hernia discal lumbar o una compresión de la raíz nerviosa, la intervención quirúrgica más adecuada consiste en llegar a la zona discal por vía posterior, ayudándose con técnicas de microcirugía. Se accede al canal vertebral abriendo una pequeña porción de la parte posterior de las láminas de las vértebras. Allí se encuentran las raíces nerviosas comprimidas por una hernia discal, artrosis o plexos venosos.

En la operación se extirpa la porción del disco que se ha herniado y con ayuda de pinzas especiales se extraen los restos discales que quedan, ya que el disco herniado no puede cumplir ya su función.

RIESGOS O COMPLICACIONES

Las complicaciones de esta intervención son muy poco frecuentes, pero pueden producirse algunos efectos adversos:

1. - Durante los primeros días es frecuente que tenga molestias y dolor en la región lumbar, donde se le realiza la incisión. Cederán con los analgésicos y los antiinflamatorios.

2. - En ocasiones en los días siguientes a la intervención aparece dolor por la pierna similar al que tenía antes de la intervención. Esto se debe a la irritación del nervio. Suele desaparecer a los pocos días.

3. - Infección de la herida tanto en planos superficiales como profundos. Sistemáticamente utilizamos profilaxis antibiótica para disminuir este riesgo.

4. - Los riesgos de trombosis no son frecuentes, excepto que tenga antecedentes que le predispongan.

5. - A veces es necesario el sondaje vesical. Esto puede provocar molestias y ocasionalmente infección de orina.

6. - Si antes de la intervención tenía pérdida de fuerza o una parálisis de la pierna o del pie, no podemos garantizarle que recupere la fuerza con la intervención. Dependerá del tiempo que haya transcurrido y de lo intensa que sea la lesión.

7. - Si tiene una zona de la pierna acorchada o dormida antes de ser operado/a, es posible que esto permanezca después o tarde mucho tiempo en recuperarse.

8. - Durante la intervención es necesario manipular las raíces nerviosas. Una complicación muy poco frecuente es una lesión del nervio.

9. - Otras complicaciones muy poco probables son:

- Rotura de la duramadre y salida de líquido cefalorraquídeo con riesgo de infección.

- Hemorragia por rotura de vasos de la cavidad abdominal.

10. - Reacciones alérgicas (Tanto el INSALUD, como Sociedades científicas especializadas recomiendan el 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.*

11. - RIESGOS PARTICULARES:

El abajo firmante D/Dña. de años de edad, o por incapacidad legal su representante..... con 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 HEMILAMINECTOMIA LUMBAR - MICRODISCECTOMIA asumiendo la posibilidad de que puedan ocurrir las complicaciones explicadas u otras aún más infrecuentes, sin que medie error, impericia u omisión.

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.

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 anatómico-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.

Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas en 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.

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 , a de de ...

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 haciéndome plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que se deriven de ésta decisión expresada de forma libre y consciente.

Firma del paciente o representante

D.N.I.

Firma del médico

Colegiado número:.....

En , a de de ...