

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA POR HERNIA DE DISCO.

Ciudad y fecha:/...../20_____

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, por la presente autorizo al **Dr./a** y a su equipo quirúrgico, a realizar una cirugía conocida como....., que se realizará en
2. Específicamente se me ha informado lo siguiente:
 - 2.1 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 excrecencias 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.
 - 2.2 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.
 - 2.3 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 excrecencias 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.
3. 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:
 - 3.1. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
 - 3.2. 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:
 - 3.2.1. 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.
 - 3.2.2. 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.
 - 3.2.3. Complicaciones o efectos no deseados propias de la cirugía de hernia de disco dorsal: Lesión de vasos (arteria aorta torácica), lesión de órganos intratorácicos.

Firma del paciente

3.2.4. 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.

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

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

4. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, 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, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
5. Se me ha informado que existen tratamientos alternativos al propuesto, como ser: la quimionucleólisis, disectomía lumbar percutánea neummatizada, 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. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
7. 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 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o 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.
8. 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 lo hubiere.
9. 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.
10. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
11. 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. Manifiesto ser alérgico a:.....-
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 de la salud, 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. 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.

14. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente:

Documento:.....

Aclaración:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

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

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: