

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-91

Cirugía de Hernia Discal...

Rev.05

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

Este procedimiento se realiza para aliviar el dolor o mejorar su déficit neurológico si lo tuviera (pérdida de fuerza en las piernas, disminución de la sensibilidad, disfunción sexual, alteración de esfínteres anal y vesical) que es debido al desplazamiento de los discos elásticos que hay entre las vértebras.

### CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE HERNIA DICAL/CERVICAL/TORÁCICA/LUMAR (En qué consiste)

Le vamos a realizar una incisión en la espalda (estará echado boca abajo) y se abrirá un camino hasta llegar al disco a través de la articulación y, a veces, hay que retirar parte de la costilla de este lado. La intervención consiste en extraer el disco herniado y en ocasiones también parte de las vértebras y articulaciones que comprimen la raíz nerviosa y médula.

En algunos casos es necesario fijar la columna con barras, tornillos e injerto de huesos.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE HERNIA DICAL/CERVICAL/TORÁCICA/LUMAR

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- Reintervención (2,8 - 11%) porque queden restos del disco, por fibrosis o inestabilidad de la columna dorsal.
- Déficit medular (3 - 10%) que puede ser transitorio o definitivo (paraparesia o plejía). Déficit radicular transitorio con dolor, hormigueos, o persistente (0.8 - 9%). Infección de la herida (0.9 - 6.8%), del disco (0.4 - 3%) o meningitis (0.2- 0.3%). Salida de líquido cefalorraquídeo (0.1 - 0.9%).
- Error de espacio intervertebral (0-1.4%) (se evita marcando con RX).
- Complicaciones debidas a la posición quirúrgica (tumbado boca abajo), como cegueras, embolia, compresiones de nervios periféricos, partes blandas, etc. No superan el 10% global.
- Lesiones en vasos y/o vísceras torácicas (excepcional pero graves).
- Complicaciones en otros órganos (neumonías, gastritis, hemorragias digestivas, tromboflebitis).
- Mortalidad (0.02%)

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Tratamiento médico con rehabilitación (pero puede no mejorar e incluso aumentar el déficit neurológico)

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-91

Cirugía de Hernia Discal...

Rev.05

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía de Hernia Discal**.....

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía de Hernia Discal**.....

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía de Hernia Discal** \_\_\_\_\_  
asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión  
pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

**REVOCACION:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)