

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA DE LA COLUMNA CERVICAL



NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nº DE PACIENTE: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Antes de firmar el presente Consentimiento Informado debe conocer, sin omitir ninguna pregunta con el médico actuante, los motivos, características, alternativas y complicaciones del procedimiento que se le ha indicado. Asimismo, de no desear recibir esta información el formulario queda en blanco y se deberá firmar haciendo la debida aclaración o puede autorizar en este acto a _____ DNI _____ a recibir información y a decidir sobre el procedimiento propuesto.-----

Estado de Salud/diagnóstico (indique lateralidad/nivel/sitio de corresponder): _____

Procedimiento propuesto y cómo se llevará a cabo: El objetivo de la operación en la hernia discal cervical es extirpar el disco intervertebral herniado (discectomía) y de esta forma descomprimir la raíz nerviosa que tiene aprisionada con lo que mejora la braquialgia (dolor en el brazo) y, en algunos casos, el síndrome cervical (dolor de cuello, mareos). En la estenosis de canal cervical es descomprimir la médula para detener la evolución o mejorar la mielopatía cervical (dificultad en la marcha o pérdida de fuerza en los brazos), las raíces para mejorar la braquialgia y, en algunos casos, el síndrome cervical. En la inestabilidad cervical es realizar una artrodesis (fusión o unión) en el nivel afecto para evitar una movilidad anómala entre las vértebras que producen dolor o daño neurológico por afectación de las raíces o médula espinal. En los tumores cervicales es tratar de extirpar completamente la lesión, obtener material para estudio anatomopatológico que nos permita confirmar la naturaleza de la lesión y emitir un pronóstico así como la necesidad de tratamiento adicionales y mejorar la sintomatología clínica, lo que puede lograrse total o parcialmente dependiendo de muchos factores, como la localización, tamaño y naturaleza de la lesión y el estado preoperatorio del paciente. Los mejores resultados de la operación de hernia de disco cervical se consiguen para la braquialgia, siendo el resultado más incierto en el caso de síndrome cervical. La cirugía de la estenosis de canal pretende detener la mielopatía, la de la inestabilidad, el dolor y lesión neurológica. En la cirugía de los tumores se busca mejorar la clínica neurológica y conocer con seguridad la naturaleza de la lesión mediante su estudio anatomopatológico.

Descripción del procedimiento: DEGENERACIÓN / HERNIA DISCAL CERVICAL: Consiste en la extirpación del disco intervertebral herniado (discectomía) y del osteofito posterior (osteofitectomía) por la vía anterior. ESTENOSIS DE CANAL CERVICAL /COMPRESION MEDULAR: Consiste en extirpar parte de las vértebras y ligamento amarillo por vía posterior (laminectomía), y, en otros casos, el disco intervertebral (discectomía) y/o el cuerpo vertebral (corporectomía) por vía anterior. Se suele asociar a una artrodesis para prevenir o tratar la inestabilidad. INESTABILIDAD / LUXACIÓN: Consiste en la colocación de un injerto óseo autólogo obtenido de la cresta ilíaca o de otro material, asociado o no a un sistema de osteosíntesis (jaulas, tornillos y placas o barras de titanio), realizado por vía anterior o posterior. Si hay una falta de alineación de la columna (luxación), se trata de mejorarla (reducción antes de la artrodesis. TUMOR /OTRA LESIÓN: Consiste en el abordaje a la lesión por vía anterior, posterior o combinada para su exéresis.

Beneficios razonables esperados del procedimiento: _____

Profesional tratante: _____ Toda intervención, tanto por la propia técnica, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos o re intervenciones, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. De ocurrir una complicación, debe saber que todos los medios técnicos y recursos humanos de este Hospital están disponibles para intentar solucionarla. Dichas complicaciones que pueden ser durante, inmediatamente después o alejadas del procedimiento incluyen las relacionadas con la anestesia, sangrados, infecciones, adherencias, cicatrices, trombosis de aparición más o menos frecuente, entre otras, según el procedimiento a efectuar y según se lo explica el médico en este acto. De corresponder, el profesional le informará el tipo de anestesia a utilizar y sus riesgos serán explicitados en el consentimiento de anestesia /sedación. -----

Riesgos, molestias, problemas relacionados con la recuperación y efectos adversos previsible del procedimiento propuesto: Puede haber complicaciones intra o postoperatorias (HEMORRAGIA, INFECCIÓN). Cualquiera de estas complicaciones pueden llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos (TETRAPLEJIA, RONQUERA POR PARALISIS DEL NERVIOS RECURRENTES, CERVICOBRAQUIALGIA, ETC.). Cuando se coloca una osteosíntesis, como en toda prótesis mecánica puede aparecer precoz o tardíamente la INFECCIÓN, FRACTURA O DECUBITO DEL SISTEMA, lo que puede hacer necesaria la revisión y recambio del mismo. También se refiere que la artrodesis de un espacio podría favorecer la degeneración del o de los espacios vecinos por sobrecarga mecánica sobre los mismos. Fistula de líquido cefalorraquídeo. Tromboembolia pulmonar. La mortalidad postoperatoria es excepcional, pero pueden haber graves complicaciones si se produce una rotura accidental de la arteria carótida, vena yugular o esófago en el abordaje anterior o lesión de la médula espinal en el abordaje anterior o posterior.

Riesgos personalizados: _____

El procedimiento elegido, y que aquí se explica y consiente, es de acuerdo al criterio del médico firmante, el más beneficioso para el paciente de acuerdo a los estándares internacionales al respecto. Este consentimiento lleva implícita la aceptación de todos los estudios, análisis o procedimientos que hagan a la práctica relatada más arriba entre los cuales se incluye la transfusión sanguínea o hemoderivados. El profesional tratante le informará si usted puede requerir sangre o hemocomponentes. En caso afirmativo deberá dirigirse al Servicio de Hemoterapia.-----

Procedimientos alternativos (beneficios y riesgos): _____

Las consecuencias previsible de la no realización del procedimiento propuesto son: _____ Dejo constancia que se me ha informado que es probable que personal de salud en formación puedan participar en el proceso de atención. El Hospital Santa Isabel de Hungría se constituye en depositario del presente consentimiento el cual forma parte de su Historia Clínica. He sido informado que el presente consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento previa a la realización del procedimiento. He tenido la oportunidad de efectuar todas las preguntas y solicitar todas las aclaraciones que he considerado necesarios según mi propia capacidad de comprensión. Asimismo soy informado y acepto que se podrá utilizar mi información sanitaria para cuestiones relacionadas con el ámbito de la salud, garantizando el Hospital Santa Isabel de Hungría que se tomarán todos los recaudos tendientes a mantener la confidencialidad de dicha información, como lo establece la ley 25.326. Todos los claros han sido completados antes de mi firma.-

CONSENTIMIENTO: YO _____ DOY MI CONSENTIMIENTO de acuerdo a la Ley N°26529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales y e Instituciones de Salud PARA QUE ME SEA EFECTUADO EL PROCEDIMIENTO DE COLUMNA CERVICAL, SE ME HA FACILITADO ESTA HOJA INFORMATIVA, HABIENDO COMPRENDIDO EL SIGNIFICADO DEL PROCEDIMIENTO, Y LOS RIESGOS INHERENTES AL MISMO. Y DECLARO ESTAR DEBIDAMENTE INFORMADO/A. HABIENDO TENIDO OPORTUNIDAD DE ACLARAR MIS DUDAS SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y EVENTUALES ALTERNATIVAS EN ENTREVISTA PERSONAL CON EL PROFESIONAL TRATANTE. ASIMISMO HE RECIBIDO RESPUESTA A TODAS MIS PREGUNTAS, HABIENDO TOMADO LA DECISIÓN DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA. DEJO CONSTANCIA QUE HE SIDO INFORMADO/A QUE EL CONSENTIMIENTO QUE HE PRESTADO A LA PRÁCTICA PROPUESTA PUEDE SER REVOCADO A MI LIBRE VOLUNTAD. MENDOZA ____ DE _____ DE _____
Hora _____

FIRMA, ACLARACIÓN, Y Nº DOCUMENTO: PACIENTE o REPRESENTANTE

TESTIGO

MÉDICO (Sello)

REVOCACIÓN / RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO (tachar lo que no corresponda)

En la fecha ___/___/___ yo _____ revoco el presente consentimiento/rechazo tratamiento propuesto, habiendo sido informado debidamente por el médico tratante de las consecuencias médicas de la no realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias de la decisión que he tomado.-----

FIRMA, ACLARACIÓN, Y N° DOCUMENTO: PACIENTE o REPRESENTANTE

TESTIGO

MÉDICO (Sello)