

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE  
HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO CERVALES (HNP CERVICAL)**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Este tipo de cirugía** se realiza frente a la presencia de **Hernia del Núcleo Pulposo Cervical**, que es la salida parcial o masiva del núcleo pulposo del disco intervertebral a través de una ruptura del anillo fibroso que lo envuelve. Inmediatamente posterior al disco intervertebral se encuentra la médula y las raíces nerviosas que recogen la sensibilidad y proporcionan la movilidad. Cuando el material del núcleo pulposo se hernia posteriormente, puede comprimir estas estructuras neurológicas y producir dolor severo cervical o a lo largo del territorio del nervio comprimido (a lo largo de una extremidad superior), o incluso la pérdida de fuerza o la parálisis de algún músculo del brazo, antebrazo o mano.

La Cirugía de **Hernia del Núcleo Pulposo Cervicales** (Hnp Cervical), es una cirugía que consiste en practicar un abordaje de columna cervical anterior (cuello) para poder acceder al disco lesionado y extirpar todo el material discal (discectomía) liberando así la compresión de las estructuras neurológicas.

Una vez retirado el disco se debe reemplazar a este con un injerto óseo tricortical que se toma de cresta iliaca del paciente con una segunda incisión y colocar este injerto en el espacio que ocupaba el disco. Esto se puede obviar solo en forma parcial utilizando cajas ínter somáticas (cages) que también tienen que ser rellenos con hueso esponjoso con este tipo de cajas disminuyen las complicaciones de la zona de toma de injertos.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Después de la intervención presentará molestias en las zonas de las heridas debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses o hacerse continuas. A nivel cervical disfonía y/o disfagia.

La cirugía resolverá el problema básico de la compresión nerviosa (dolor irradiado a extremidad superior) y parcialmente el dolor cervical. A nivel de la cresta iliaca puede presentar dolor el que se puede mantener por varios meses, dependerá del tipo de injerto que se haga.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Lesión de la médula o de las raíces nerviosas. Ello puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Lesión del llamado saco dural, que envuelve las estructuras neurológicas. Ello puede provocar la aparición de una fístula de líquido cefalorraquídeo después de la operación, que obligaría a reposo prolongado en cama y en ocasiones a una nueva intervención quirúrgica.
- Obstrucción venosa en las extremidades inferiores con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Lesión del esófago complicación grave que puede requerir de una derivación del tránsito esofágico.
- Lesión del nervio laríngeo recurrente que traerá un problema de disfonía.
- Hematomas en las heridas quirúrgicas. Éste puede ser superficial o profundo. En ocasiones puede requerir el vaciado quirúrgico del mismo mediante una nueva operación. En ocasiones este hematoma puede sobre infectarse.
- Infección de la herida rara a nivel cervical. Esta puede ser superficial o profunda y puede requerir de nuevas intervenciones quirúrgicas para limpiar todo el tejido infectado. Si la infección afecta las estructuras neurológicas y el líquido cefalorraquídeo que las envuelve puede producirse una meningitis.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación.

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

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO \_\_\_\_\_ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Hernia del Núcleo Pulposo Cervicales (HNP Cervical)** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO CERVICALES (HNP CERVICAL)**, por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)