

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE LIBERACIÓN DE COMPRESIÓN MEDULAR POR CANAL ESTRECHO**

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

El canal lumbar es el espacio donde se sitúa la médula espinal y las raíces que emergen de ella. Cuando el canal lumbar es estrecho o está comprimido por una degeneración artrósica, o una lesión tumoral, o infecciosa que disminuye el diámetro del canal, origina unos síntomas de dolor y compresión de raíces o médula, que precisan una cirugía que agrande este canal.

Este procedimiento se realiza para agrandar el canal raquídeo y así 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).

Puede precisar en un mismo tiempo una fijación instrumentada o posteriormente de esta cirugía.

¿En qué consiste la cirugía?

La intervención consiste en realizar una incisión en la espalda (estará acostado boca abajo) y se realizará una laminectomía para descomprimir las raíces nerviosas y médula, con el fin de aliviar los síntomas. 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.

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.

Riesgos de la cirugía

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, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Déficit radicular transitorio con dolor, hormigueos, o persistente (0,8-3,9%).
- Infección de la herida en el 0,9 al 6,8%. Rara vez abscesos epidurales.
- Salida del líquido cefalorraquídeo en el 0,1 al 2,9%.
- Agravamiento del déficit medular o radicular, dependiendo de la situación previa, por hematoma o acuñamiento vertebral (0,3-1%).
- Complicaciones debidas a la posición quirúrgica (posición boca abajo), como cegueras, embolias, compresiones de nervios periféricos, partes blandas, etc. No superan el 10% global.
- Complicaciones en otros órganos (neumonías, gastritis, hemorragias digestivas, tromboflebitis).
- Cicatriz o fibrosis en la zona epidural (10- 30%).
- Falla de sistema de fijación. Rotura o desconexión por la colocación de los tornillos de los sistemas metálicos si los precisara hasta un 15%.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, 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 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 Liberación de Compresión Medular por Canal Estrecho** 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 LIBERACIÓN DE COMPRESIÓN MEDULAR POR CANAL ESTRECHO, 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: | FECHA: ____/____/____ | HORA: |
| 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)