

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** es una técnica quirúrgica para el tratamiento de la hernia discal y/o espolones óseos, rebeldes al tratamiento conservador médico- ortopédico.

- **Discectomía:** es la resección del disco intervertebral y liberación de estructuras nerviosas. Indicación básica: dolor lumbar o ciático causado por enfermedad discal
- **Laminectomía:** es la resección del arco posterior (elementos óseos posteriores) vertebrales. Indicación básica: lumbalgia o ciática claudicante con la marcha.

**2. ¿Cómo se realiza?:** bajo anestesia general, se practica pequeña abertura en la zona posterior de la vértebra (laminectomía) para acceder a la hernia discal y realizar la extirpación del material discal (discectomía), liberando así la compresión de las estructuras neurológicas. Posibilidad de utilización de material biológico autólogo o heterólogo, incluyendo derivados hemáticos, en el intra o postoperatorio. Puede variar la técnica quirúrgica, en función de las circunstancias sobrevenidas.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** todas las posibles complicaciones descritas a continuación pueden requerir otro acto quirúrgico que añade nuevos riesgos al inicial.

- **Frecuentes (más del 10%):** dolor y hematoma en la zona que tiende a mejorar con el tiempo y el tratamiento. Derivados de la posición quirúrgica en decúbito prono (boca abajo): compresión de nervios periféricos en la axila, codo y muslo (temporal). Radiculopatía cervical posicional (temporal). Generales: fibrosis epidural. Infección superficial o profunda de la herida quirúrgica.
- **Infrecuentes (menos del 10%) Intraoperatorias y/o postoperatorias:**  
Durotomía (lesión de la duramadre, pueden provocar fuga de LCR y en ocasiones fístulas).  
Lesiones radicales como raíz apaleada, arrancamiento o sección. Lesiones vasculares de las arterias y venas vecinas y lesiones abdominales como peritonitis (muy graves).  
Lesión ocular por oclusión de la arteria retiniana. Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar. Meningitis, discitis, osteomielitis, absceso epidural, aracnoiditis. Hematoma epidural compresivo o lesión de cola de caballo. Hernia discal recidivante. Fibrosis periradicular. Inestabilidad. Alteraciones motoras o sensitivas (dolor neuropático persistente o pérdida de sensibilidad y disfunciones sexuales). Lesiones de discos vecinos por sobrecarga mecánica.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** eliminar o mejorar el dolor y evitar lesiones neurológicas progresivas con la consiguiente mejora de la calidad de vida. Cuando los nervios han estado comprimidos de forma crónica o aguda, puede que no se recuperen por completo o lo hagan muy lentamente.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** incremento del dolor, la limitación de la movilidad y la progresión de posibles lesiones neurológicas asociadas.

**6. Alternativas:** ante la presencia de factores individuales (obesidad, insuficiencia muscular, trabajos de fuerza, deportista...), que exijan sobrecarga lumbar, existe la opción de asociar la fijación vertebral (artrodesis) con o sin implante.

**7. Riesgos en función de su situación:** la presencia de enfermedades, alergias o alteraciones hemodinámicas asociadas, condicionan la gravedad de posibles complicaciones y su frecuencia. **Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**



**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_