

**KANAL LUNBARREKO ESTENOSIAREN EBAKUNTZA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA I.Q. DE ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....**B. INFORMAZIOA:**

Teknika kirurgiko honen bidez, hezur-lotailuzko egitura batzuk erazten dira, zeinek, ohi ez bezala hazi direnez, estutu egiten baitituzte bizkarrezur-hodia, konjuntzio-zuloak eta sustraiei espazioa.

Kirurgia honen helburua da kaltetutako nerbio-sustrai behar adina espazio uztea, mina eragozteko eta lesio erradikularrak konpontzeko.

**C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:**

Ebakuntza hau anestesia orokorrarekin eta nerbio-egituren gainean egiten denez, badira zenbait arrisku eta konplikazio, zuk jakin beharrekoak:

1. Anestesia-teknikaren konplikazioak (honekin batera doan Anestesia Orokorraren baimen informatuan aipatzen dira)
2. Ebakuntza barneko konplikazioak (ekintza kirurgikoari dagozkionak):
  - Heriotza-tasa (% 0,02)
  - Lesio erradikularra (% 0,8-1,9)
  - Infekzioa:
    - Ebakuntza-zauriaren azalekoa (% 0,9-6,8)
    - Meningitisa (% 0,2-0,3)
    - Diszitisa (% 0,4-3)
  - Hematoma (konplikazio arraroa)
  - Tronboflebitisa edo zainetako tronbosi sakona (konplikazio ezohikoa)
  - Lunbalgia
  - Berrero ebakuntza egin behar izatea ezegonkortasunagatik (ezusteko konplikazioa)

Ebakuntza honi esker, nerbio-sustrai lumbarrak deskonprimatzen dira; hala, lesio iraunkorra eragozten da, eta mina kendu, pazienteak bizimodu normala egin dezan.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan auden arrisku zehatzen berri.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Zure medikuaren ustez, teknika hau da, une honetan, aukera terapeutikorik onena mina arintzeko eta lesio erradikular iraunkorrak eragozteko eta/edo min-sintomatologia arintzeko. Zure oraingo egoera klinikoa kontuan hartuta, uste da beste aukera batzuk (farmako bidezko tratamendua) ez direla hain eraginkorrak.

**A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....**B. INFORMACIÓN:**

La técnica quirúrgica consiste en la extirpación de estructuras óseas y ligamentarias que debido a su anormal crecimiento, estrechan el canal raquídeo, los agujeros de conjunción y la liberación radicular.

El objetivo de la cirugía es dejar un espacio suficiente a las raíces nerviosas afectadas para evitar el cuadro doloroso y recuperar las lesiones radicales.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

Al tratarse de una intervención que se realiza bajo anestesia general y sobre estructuras nerviosas, existe unos riesgos y complicaciones que es necesario que Vd. conozca:

1. Complicaciones de la técnica anestésica (se reseñan en el documento que se adjunta sobre consentimiento informado de Anestesia General)
2. Complicaciones intraoperatorias (propias del acto quirúrgico):
  - Mortalidad (0,02%)
  - Lesión radicular (0,8% a 1,9%)
  - Infección:
    - Superficial de herida operatoria (0,9% a 6,8%)
    - Meningitis (0,2% a 0,3%)
    - Discitis (0,4% a 3%)
  - Hematoma (complicación rara)
  - Tromboflebitis o trombosis venosa profunda (complicación poco frecuente)
  - Lumbalgia
  - Reintervención por inestabilidad (complicación casual)

El beneficio de esta intervención es la descompresión de las raíces nerviosas lumbares y evitar una lesión permanente de éstas, así como aliviar el cuadro doloroso para realizar una vida normal.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. AVÍSEÑOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E. RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F. ALTERNATIVAS:**

Su médico considera que ésta es la mejor opción terapéutica en este momento para aliviar el cuadro doloroso y evitar lesiones radicales permanentes y/o aliviar la sintomatología dolorosa. Dada su actual situación clínica otras opciones (tratamiento con fármacos) se consideran menos efectivas

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal****Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha