



GERRIKO HERNIA DISKALAREN KIMIONUKLEOSI BIDEZKO EBAKUNTZA KIRURGIKO EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA I.Q. DE HERNIA DISCAL LUMBAR POR QUIMIONUCLEOLISIS

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Ebakuntza honen bidez, substantzia (kimiopapaina) baten kantitate txiki bat sartzen da ornoarteko diskoan; horretarako, orratz bat sartzen da guneretan, azalean puntzio bat eginda. Kimiopapaina entzima bat da, eta ornoarteko diskoaren barnean disolbatzen da.

Kirurgia honen helburua da disko-herniak nerbio-sustraiaren eragiten duen konpresioa ezabatzea, mina desagerrarazteko eta defizit neurologikoak zuzentzeko. Anestesia lokala eta sedazio arina erabiltzen dira.

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):
 - Anafilaxia (erantzun alergikoa)
 - Sinkope basobagala (% 0,3-5)
 - Sustraiaren lesioa (kasu bakanak)
 - Duramaterraren lesioa (kasu bakanak)
 - Peritoneo atzeko egituraren lesioa: Baskularrak eta erraietakoak (kasu bakanak)
3. Ebakuntza osteko konplikazioak:
 - Espasmo muskular lunbar iragankorra (% 1-30)
 - Beheko gorputz-adarreko disestesia (% 6-1)
 - Psoasaren hematoma (abdomen-barrunbean eta izterraren aurrealdean dagoen muskulua) (% 0,3)
 - Diszitis (diskoko infekzioa) (% 0,3)

Ebakuntza honi esker, prozedura odoltsurik baliatu gabe, nerbioa deskonprimatzen da, atzeko lesio erradikular bat eragozteko eta mina kentzeko, pazienteak bizimodu normala egin dezan.

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

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

La intervención consiste en la introducción de una pequeña cantidad de una sustancia (quimiopapaina) en el interior del disco intervertebral, mediante una aguja colocada en el mismo a través de una punción en la piel. La quimiopapaina es una enzima que disuelve el interior del disco intervertebral.

El objetivo es eliminar la compresión que sobre la raíz nerviosa ejerce la hernia discal para eliminar el cuadro doloroso y corregir los déficits neurológicos. Se realiza bajo anestesia local más sedación.

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)
2. Complicaciones intraoperatorias (propias del acto quirúrgico):
 - Anafilaxia (reacción alérgica)
 - Síncope vaso-vagal (0,3% a 5%)
 - Lesión de raíz (casos aislados)
 - Lesión de duramadre (casos aislados)
 - Lesión estructura retro-peritoneales: Vasculares y viscerales (casos aislados)
3. Complicaciones postquirúrgicas:
 - Espasmo musculolunbar transitorio (1% a 30%)
 - Disestesias de extremidad inferior (6% a 1%)
 - Hematoma del Psoas (músculo que se encuentra en la cavidad abdominal y en la parte anterior del muslo) (0,3%)
 - Discitis (infección del disco) (0,3%)

El beneficio de esta intervención consiste en, mediante un procedimiento poco cruento, conseguir la descompresión del nervio para evitar una lesión radicular posterior, aliviar el cuadro doloroso y poder realizar una vida normal.

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

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. Medikiak eman dizu zure kasuan dauden 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.

D. AVÍSENOS:

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