
**COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE
COLUMNA**

CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente _____

Diagnóstico _____

Médico responsable _____

Operación planeada _____

Lado a operar _____

Alternativas
Terapéuticas _____

Toma de injerto óseo
(especificar lugar y lado): _____

Cantidad intervenciones
planeadas: _____

UTI/Intermedio/Ventilación
mecánica postoperatoria: _____

Fecha: _____

Estimado paciente,

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido, a que se le expliquen a su entera satisfacción todas las dudas y preguntas que usted tenga durante todo el proceso terapéutico, y a ser informado acerca de las posibles complicaciones asociadas a dicho proceso. Existen riesgos quirúrgicos que son comunes a la gran mayoría de las cirugías, como por ejemplo, reacciones adversas a alguna de las drogas usadas durante la operación. Existen riesgos que dependen de factores individuales del paciente, y otros que son específicos para cada cirugía. Los riesgos quirúrgicos son evaluados en forma individual para cada paciente, ya que existen

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

condiciones y enfermedades previas del paciente que pueden significar un mayor riesgo quirúrgico, como es el caso de pacientes fumadores, diabéticos, portadores de enfermedades del corazón, en deterioradas condiciones físicas, etc. A pesar de que la frecuencia con que ocurre una complicación perioperatoria suele ser baja, conviene que Ud. esté informado acerca de ellas, y que converse libremente con su equipo tratante, y en especial con su cirujano tratante, sobre los riesgos y alternativas terapéuticas para su caso específico.

Pueden existir otro tipo de complicaciones menos frecuentes que no están especificadas en este consentimiento y son impredecibles.

El equipo de salud a su cargo siempre intentará todas las medias para evitar las complicaciones y para manejarlas en caso que se presenten.

Es importante que indique al personal si usted padece alguna enfermedad, si es portador de marcapasos cardíaco, enfermedades neurológicas (e.j.: epilepsia), así como todos los medicamentos está consumiendo o ha consumido en las últimas semanas, incluyendo medicamentos homeopáticos. También es necesario que informe acerca del consumo y dosis de: tabaco, alguna droga, o alcohol.

En este documento se entrega información muy importante relativa al o los procedimiento/s terapéuticos que se realizarán en su caso, así como información relativa a las posibles complicaciones asociadas a dicho/s procedimiento/s. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas tenga.

Este documento debe ser firmado por Ud., su representante legal, familiar o personas legalmente vinculadas. En menores de edad, este consentimiento debe ser firmado por uno de los padres o el tutor legal del paciente.

**COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE
COLUMNA**

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Por favor contestar por completo el siguiente cuestionario. Es información que puede ser **MUY relevante** para su tratamiento.

| | Sí | No | En caso de respuestas afirmativas, especificar: |
|------|--------------------------|--------------------------|--|
| 1.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ |
| 2.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Bebe alcohol? Indique cantidad, tipo y frecuencia _____ |
| 3.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume alguna droga? Indique cuál, cuánto y cual fue la última vez. _____ |
| 4.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es alérgico/a a algún medicamento o sustancia? _____ |
| 5.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna reacción alérgica al estar en contacto con productos con látex (ej.: inflando un globo, uso de preservativo)? _____ |
| 6.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene algún problema cardiovascular (infarto, angina, arritmia, hipertensión, trombosis)? _____ |
| 7.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna enfermedad neurológica (epilepsia, Parkinson, secuela de accidentes vasculares)? _____ |
| 8.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna enfermedad respiratoria (asma, bronquitis, EPOC)? _____ |
| 9.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usa algún inhalador? ¿Cuál? ¿Cuantas veces al día? _____ |
| 10.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene diabetes, resistencia a la insulina o intolerancia a la glucosa? _____ |
| 11.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido gripe, fiebre, dolor de garganta o resfrío en la última semana? _____ |
| 12.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna enfermedad al riñón? ¿Infección urinaria a repetición? _____ |
| 13.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna enfermedad de la tiroides (hipo- o hipertiroidismo)? _____ |
| 14.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna herida reciente o acné cerca de la zona operatoria? _____ |
| 15.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene o ha tenido cáncer? ¿Cuál? _____ |
| 16.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sangra con facilidad? ¿Tiene alguna enfermedad de la coagulación (von Willebrandt, púrpura trombocitopénica, etc.)? _____ |
| 17.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está embarazada? _____ |
| 18.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido complicaciones con anestесias previas? _____ |
| 19.- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene algún problema médico que no le hayamos preguntado? _____ |

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE
COLUMNA

CONSENTIMIENTO (AUTORIZACIÓN)

En _____ a _____ de _____ de 20____, a las ____:____ hrs

PACIENTE:

Yo, (completar con sus dos nombres y apellidos)

de años de edad, RUT -

REPRESENTANTE:

(Llenar en caso que corresponda, es decir MENORES DE 18 AÑOS y PACIENTES SIN DISCERNIMIENTO LEGALMENTE ACREDITADO):

Yo, (completar con sus dos nombres y apellidos), en representación legal (familiar o mayor de edad vinculada de hecho al paciente)

de años de edad, RUT -

en representación legal debidamente acreditada del / la paciente:

DECLARO:

Haber leído y entendido a cabalidad el documento de consentimiento informado que se reproduce a continuación.

DECLARO:

Haber recibido oportunamente información adecuada sobre mi cuadro clínico y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se me realizarán, los riesgos que éstos pueden

**COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE
COLUMNA**

representar y las alternativas de tratamiento disponibles. Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el /la:

Dr(a) **(completar abajo con el nombre y apellido de su doctor:**

DECLARO:

Padecer las siguientes enfermedades, desconociendo la pre-existencias de otras:

- a)
- b)
- c)

DECLARO:

Padecer las siguientes alergias, (en especial a algún medicamento como antibióticos (ej.: Penicilina), anestésicos u otros, al látex, a medios de contraste, al yodo, a sustancias desinfectantes como la povidona o la clorhexidina) desconociendo la pre-existencias de otras:

- a)
- b)
- c)

DECLARO:

Que actualmente me encuentro usando, o he usado en las últimas semanas los siguientes medicamentos:

- a)
- b)
- c)

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

DECLARO:

Que Si No acepto el uso de neuromonitorización con el costo económico asociado que esto implica

DECLARO:

Comprender los costos económicos asociados a mi intervención, que son manejados por mi previsión de salud y no por el médico tratante. Entiendo que en ocasiones es necesario, en beneficio de mi salud, utilizar material, insumos, exámenes u procedimientos, días de hospitalización, etc., que pueden no haber estado contemplados en el presupuesto inicial.

DECLARO:

Haber comprendido las explicaciones que me han entregado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las preguntas y observaciones, aclarando todas mis dudas respecto al diagnóstico, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de los procedimientos.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

Asimismo, he entendido y Si No **acepto** que durante el procedimiento/tratamiento se podrán guardar datos de mi ficha, realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir **sólo con fines científicos y/o de docencia** y utilizar en sesiones clínicas, reuniones facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, **sin** que en las mismas figure mi identidad.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (anular) el **consentimiento** que ahora presto.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/se realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico denominado **(llenar abajo)**:

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE

COLUMNA

y a las acciones que el equipo médico considere necesarias en el caso de surgir situaciones no esperadas o complicaciones.

(FIRMA PACIENTE)

(FIRMA REPRESENTANTE)

(FIRMA MÉDICO)

(NOMBRE PACIENTE)

(NOMBRE REPRESENTANTE)

(NOMBRE MÉDICO)

**COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE
COLUMNA**

ANULACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (REVOCACIÓN)

En caso de que, libre y adecuadamente informado, usted decida desistir de su tratamiento o cirugía, debe llenar los siguientes datos:

En _____ a _____ de _____ de 20____, a las ____:____ hrs

PACIENTE:

Yo, (completar con sus dos nombres y apellidos)

de años de edad, RUT -

REPRESENTANTE:

(Llenar en caso que corresponda: menores de edad y pacientes sin discernimiento legalmente acreditado):

Yo, (completar con sus dos nombres y apellidos), en representación legal (familiar o mayor de edad vinculada de hecho al paciente)

de años de edad, RUT -

en representación legal debidamente acreditada del / la paciente:

DECLARO:

Haber leído y entendido a cabalidad el documento de consentimiento informado que se reproduce a continuación.

**COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE
COLUMNA**

DECLARO:

Haber recibido oportunamente información adecuada sobre mi cuadro clínico y los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se me realizarán, los riesgos que éstos pueden representar y las alternativas de tratamiento disponibles. Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el /la:

Dr(a) **(completar abajo con el nombre y apellido de su doctor:**

En consideración a lo expuesto, **deniego / revoco** en forma libre y consciente ser sometido(a) a

haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

FIRMA PACIENTE

FIRMA REPRESENTANTE

FIRMA MÉDICO

(NOMBRE PACIENTE)

(NOMBRE REPRESENTANTE)

(NOMBRE MÉDICO)

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

INFORMACIÓN GENERAL

1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía, su médico le solicitará exámenes preoperatorios, que pueden ser de laboratorio, imágenes, u otros. Es fundamental que usted informe a su tratante sobre cualquier enfermedad que presente, así como alergias y medicamentos que utiliza. A continuación, se enumera una serie de recomendaciones para su ingreso:

Una semana antes de la cirugía, usted...

- No puede fumar ni consumir drogas.
- Si su cirugía consistirá en una fijación -Artrodesis- de columna, **debe dejar de fumar 3 meses antes.**
- No debe ingerir medicamentos, como: anticoagulantes (Plavix, neosintrom, warfarina), otros antiagregantes plaquetarios (Aspirina -ácido acetilsalicílico-, Sevedol, Anacin), o sustancias que puedan alterar la coagulación, como Ginkgo biloba, ginseng o marihuana, entre otros. Algunos antiinflamatorios también poseen un efecto sobre la coagulación, por lo que debe consultar a su médico respecto de su uso o suspensión.
- Si usted consume algún fármaco anticoagulante DEBE informar a su cirujano y a la totalidad del equipo tratante, para que bajo guía profesional se haga el cambio transitorio o ajuste de dosis de este tipo de terapias.

24 hrs antes de su ingreso, usted...

- No debe beber alcohol.
- Su ayuno debe iniciarse 8 horas antes de su cirugía, lo cual significa no comer, ni beber nada durante este periodo de tiempo.
- Si es hipertenso/a, está autorizado/a para tomar su medicación habitual, pero sólo con una cucharadita de agua.

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

- En caso de ser diabético debe informar con anticipación a su cirujano tratante para orientarlo.
- Si requiere licencia médica, avise a su médico ANTES de entrar a pabellón.

El día de su ingreso...

- **Recuerde llevar su carnet de identidad.**
- **Recuerde llevar su orden de hospitalización.**
- Debe **entregar a la enfermera** de su habitación TODOS sus exámenes e imágenes (análisis sanguíneos, electrocardiograma u otros análisis cardiológicos, radiografías, scanners, y/o resonancia magnética). Para mayor seguridad, guarde una copia de sus exámenes en su casa.
- Debe **entregar a la enfermera** de su habitación los pases operatorios que le haya solicitado su equipo tratante (ej.: pase cardiológico o pase por diabetólogo).
- Debe **entregar a la enfermera** de su habitación este u otros documentos de consentimiento informado debidamente leídos, entendidos, y firmados. Entregue estos documentos sólo a la enfermera de su habitación, para que los adjunte a su ficha.
- Ingresar sin objetos de valor, maquillaje, pintura de uñas, uñas postizas, ni lentes de contacto.
- Llevar sus lentes ópticos, prótesis y audífonos con su respectivo estuche.
- Llevar un bolso pequeño con útiles de aseo personal y muda de ropa cómoda. Utilice ropa cómoda, la institución le proveerá de una bata y ropa interior desechable.
- Sea puntual en admisión al ingreso en la institución clínica.
- Lleve una **lista con la totalidad** de los medicamentos que utiliza habitualmente, incluyendo aquellos que haya suspendido en los últimos 10 días.

El día de su intervención...

- No podrá utilizar lentes, prótesis dentales, ni joyas (evite llevarlas para impedir pérdidas).
- Realice lavado de cabello y baño corporal habitual, pero evite usar cremas, perfumes y/o ungüentos.
- Sus uñas de manos y pies deberán estar cortas, sin esmalte, ni uñas postizas.

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

- Su rostro deberá estar sin maquillaje.
- No deberá rasurarse el cuerpo. La barba está permitida, a menos que su cirujano indique otra cosa (por ejemplo en cirugías anteriores cervicales debe rasurarse la barba).

Al alta usted recibirá...

- Epicrisis (resumen de su estadía con sus diagnósticos, cirugía/s efectuada/s, evolución postoperatoria y las indicaciones de alta. Guarde este documento como parte de su ficha clínica. En un futuro puede ser que necesite presentarlo. Este documento debe llevarlo a todos los controles postoperatorios.
- Copia de su protocolo operatorio. Guarde este documento como parte de su ficha clínica. En un futuro puede ser que necesite presentarlo. Este documento debe llevarlo a todos los controles postoperatorios.
- Receta médica para medicamentos y analgésicos.
- Eventualmente una orden para sesiones kinesiología y/o una orden para faja o un corset lumbosacro.
- Si requiere licencia médica, avise a su médico **ANTES** de entrar a pabellón, ya que después será complicado obtenerla.

2. POSTOPERATORIO

Cuidados de la zona operatoria

- Queda estrictamente prohibido mojar y/o humedecer su curación por el lapso que su cirujano le indique.
- Debe esperar la autorización de su cirujano para el retiro del parche y para bañarse. Usualmente eso es pocos días después del procedimiento, pero depende de cada caso individual.

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

- Esté alerta ante signos de alarma, tales como fiebre, malestar general, decaimiento excesivo, dolor excesivo, enrojecimiento, aumento notorio de temperatura o salida de pus o sangrado activo en la zona del procedimiento.

SIGNOS DE ALARMA

Eventualmente pueden existir complicaciones posteriores a la intervención. **De inmediato aviso a su cirujano o diríjase a un centro asistencial, si aparece alguno de los siguientes síntomas:**

- Fiebre (temperatura medida con termómetro que alcance o supere los 37,8°C) o dolor de cabeza agudo.
- Aumento de temperatura, enrojecimiento, inflamación y/o salida de pus o sangre en la zona de la operación.
- Adormecimiento, calambres, sensación de corriente o electricidad, alteraciones sensitivas o de la fuerza de alguna extremidad.

Deberá acudir a un centro asistencial, en caso de mojar o humedecer su curación, ya que aumenta el riesgo de infección.

En el postoperatorio suelen tomarse exámenes e imágenes de control, tales como radiografías, tomografía axial computarizada ("scanner"), resonancia, y otros. A veces es necesario exámenes adicionales para detectar una eventual complicación. Cada caso es evaluado en forma individual, por lo que conviene que hable con su cirujano respecto de cuáles exámenes se harán rutinariamente durante el período postoperatorio. En caso de presentarse alguna complicación, su equipo tratante tomará las medidas adecuadas, y solicitará aquellos exámenes que sean necesarios a fin de tratar exitosamente su condición, los cuales serán informados a Ud. o a su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho.

Después de una operación de la columna, muchas veces es necesario utilizar algún tipo de órtesis, como por ejemplo corsets, collar cervical, etc. Estos implementos son parte integrante del

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

tratamiento, sin cuya utilización los resultados de la cirugía pueden verse afectados. Por favor, siga exactamente las indicaciones de su cirujano.

Es posible que después de un período de reposo variable tras la operación, se haga necesario realizar una terapia de rehabilitación, la cual puede ser imprescindible en algunos casos. Nuevamente, siga las indicaciones de su cirujano.

En algunos casos, para obtener los resultados deseados, es necesario ejercer tracción sobre la columna antes, durante, o después de la cirugía. Incluso, en algunas lesiones, como es el caso de algunas fracturas de la columna cervical, la tracción y posterior inmovilización con un "halo -vest" puede permitir evitar una cirugía. La tracción esquelética, así como el "halo-vest" se basan en el anclaje de un dispositivo al tejido óseo, como por ej. al cráneo, por medio de unos tornillos especialmente diseñados para tal efecto, lo cual permite traccionar con firmeza la columna, y de ser necesario, realizar un montaje que permite estabilizar un segmento de la columna (ej.: "Halo-Vest"). La colocación de estos tornillos se realiza bajo anestesia (local o general), bajo estrictas condiciones de asepsia.

Los riesgos de la tracción esquelética se detallan a continuación:

- Reacciones adversas a la anestesia.
- Lesión de estructuras neurológicas.
- Sangrado local.
- Irritación de la piel en el punto de inserción de los tornillos.
- Infección.
- Al traccionar la columna pueden producirse síntomas como cefalea, dolor en la nuca, dolores como calambre, sensación de corriente o sensación de adormecimiento en las extremidades (por irritación de estructuras nerviosas), vértigo, oscilaciones de la presión arterial, y episodios de fiebre. Es muy importante que esté atento a síntomas como los descritos e informe debidamente a tiempo a su cirujano de la aparición o variación de ellos.

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

3. RIESGOS COMUNES A TODAS LAS CIRUGÍAS

- Trastornos de la coagulación, trombosis (formación de coágulos dentro de los vasos sanguíneos), embolias (migración de coágulos dentro de los vasos), incluyendo embolia pulmonar y falla circulatoria.
- Lesión de vasos sanguíneos.
- Embolias aéreas (transporte de burbujas de aire en el aparato circulatorio).
- Shock, infarto del miocardio, trastornos circulatorios encefálicos con las consecuentes secuelas neurológicas.
- Hipoxia (falta de oxigenación de los tejidos).
- Hemorragias, con la consecuente necesidad de transfusiones sanguíneas.
- Transfusiones de sangre y sus derivados, a pesar de los test actuales, conllevan el riesgo de adquirir infecciones como SIDA, hepatitis, sífilis, etc., además de poder producir reacciones adversas.
- Infecciones, las que pueden aparecer desde pocas horas hasta mucho tiempo tras la operación.
- Durante el tiempo que dura la operación, el paciente debe permanecer inmóvil sobre la mesa operatoria, y a pesar de todos las precauciones necesarias, es posible que se produzcan lesiones en la piel, huesos y articulaciones, las que generalmente son de resolución espontánea y no dejan secuelas.
- Reacciones adversas a los medicamentos administrados durante la operación, lo que incluye a las drogas usadas en la anestesia.
- Para evitar la formación de hematomas, al finalizar la intervención es necesario a veces colocar un drenaje en la herida operatoria, el cual es retirado usualmente uno o más días después de la operación. Este drenaje puede causar molestias y/o irritar la piel. Al momento de ser retirado, puede cortarse, quedando una parte dentro de la herida, lo que puede hacer necesaria una revisión quirúrgica de la herida.

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

- Una vez finalizada la operación, su médico anestesista, junto a su cirujano, decidirán si es conveniente para su salud mantener durante un tiempo la intubación/respiración mecánica, estadia en una unidad de cuidados intensivos o intermedios, o si puede volver a su habitación.

4. RIESGOS GENERALES DE LAS CIRUGÍAS DE COLUMNA

Debido a que en este tipo de cirugías la operación se efectúa muy cerca, o en directo contacto con estructuras nobles como la médula espinal, raíces nerviosas, vasos sanguíneos, vísceras, etc., estas se encuentran expuestas a algún riesgo. Las posibles complicaciones de una operación de columna se describen a continuación:

- Daño a nervios y a la médula espinal, que pueden producir, entre otras cosas, parálisis, trastornos de la sensibilidad, sensaciones dolorosas, trastornos intestinales, urogenitales y de la esfera sexual. En casos extremos de lesiones en la médula cervical puede producirse hasta una tetraplejia y parálisis de la musculatura respiratoria. Este tipo de lesiones puede ocurrir por lesión directa durante la cirugía, indirectamente durante maniobras de corrección de deformidades que pueden producir estiramiento de los vasos que irrigan la médula; o después de ella, como por ejemplo por acumulación de sangre en el sitio operatorio (hematoma peridural), e incluso tardíamente, por tejido cicatricial que comprima o traccione alguna de estas estructuras.
- Durante la reducción de la deformidad (enderezamiento de la columna) la función de la medula espinal y raíces nerviosas se puede dañar y a veces el daño es permanente, esto constituye la complicación mas grave, pero la menos frecuente de la cirugía de escoliosis y otras deformidades severas.
- Lesiones de las meninges (membrana que reviste a la médula espinal y encéfalo), las que pueden derivar en una pérdida de líquido cefalorraquídeo (líquido que baña a la médula espinal y al encéfalo). Una pérdida cuantiosa o continua de líquido cefalorraquídeo puede provocar dolores de cabeza. Las lesiones de las meninges son susceptibles de ser reparadas.
- Infección de las meninges (meningitis o meningoencefalitis), haciendo necesario su tratamiento específico.

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE

COLUMNA

- Trastornos de la circulación sanguínea durante la operación pueden producir las mismas complicaciones que las señaladas en el primer párrafo, además de necrosis (muerte) de otros tejidos y órganos.
- Aquellas cirugías que consisten en una fusión de segmentos vertebrales entre sí (artrodesis) producen como consecuencia inmediata una reducción en la movilidad del segmento operado. En los segmentos vecinos al operado se produce una redistribución de las fuerzas que normalmente se ejercen sobre ellos.
- En algunas cirugías correctoras de deformidades, como la escoliosis, puede producirse daño de la piel, así como de otros órganos, incluyendo vasos sanguíneos, debido a que en el momento de efectuar la corrección es necesario ejercer fuerzas que pueden producir tensión que resulte excesiva para algún órgano. Usualmente, estas lesiones son de recuperación espontánea.
- Aflojamiento e incluso rotura de los implantes utilizados, los que pueden llegar a migrar. Puede ser en algunos casos necesario volver a intervenir quirúrgicamente al paciente como consecuencia de lo anterior.
- Retardo o fracaso de la consolidación ósea. Su origen es muy diverso, entre algunos factores conocidos se encuentre el uso de tabaco, la coexistencia de algunas enfermedades, etc. El retardo y el fracaso de consolidación pueden llevar a fractura de implantes por fatiga de material, aflojamiento de éstos, a ambas situaciones. Esto puede hacer necesario realizar una segunda intervención para aportar nuevo injerto óseo y eventualmente cambiar la posición y/o el tipo de implantes utilizados para mantener la estabilidad necesaria para la adecuada consolidación ósea.
- Rechazo de los implantes por parte del organismo, lo que puede hacer necesaria una segunda intervención.
- Complicaciones oftalmológicas: Déficit visual (parcial o total), lesiones en la córnea: transitorio o permanente. Debido a alteraciones en el nervio óptico (nervio que transmite la visión) o la arteria principal de la retina. Esto puede producirse por tiempo prolongado en la posición boca abajo, baja de la presión arterial durante la cirugía, ingreso de burbujas de aire al torrente circulatorio (embolia aérea), infartos cerebrales, etc. La evolución es variable dependiendo de cada causa y características del paciente.

COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE COLUMNA

- Infecciones tardías: Se pueden presentar años después de la instrumentación y requieren el tratamiento descrito previamente.
- Progresión de curvas secundarias: puede suceder que curvas no operadas progresen a través del tiempo y requieran de cirugía.
- Problemas degenerativos adyacente al sitio de la fusión. Esto puede ocurrir después de varios años y se debe al natural progreso de envejecimiento sumado a que los segmentos vecinos a la zona de fusión pueden tener una mayor carga de trabajo.

5. **RIESGOS INDIVIDUALES POR TIPO DE CIRUGÍA**

Pida a su cirujano información adicional y específica relativa a los riesgos, e indicaciones, para su cirugía en particular (ej.: artrodesis cervicales, artrodesis lumbares, neuromonitorización, cosecha de injerto, etc.)

6. **RIESGOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE**

A continuación, su equipo médico describirá aquellos riesgos individuales suyos, que sean predecibles, y la forma en que pueden ser reducidos.

**COMPLEMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE
COLUMNA**

ADDENDUM CORONAVIRUS

- Ante la crisis sanitaria que vive el país a causa de la pandemia provocada por el Covid-19, el Ministerio de Salud (Minsal) emitió la Resolución Exenta N° 156 del 1 de abril de 2020, que definió la postergación de cirugías electivas, cuyo retraso no signifique un riesgo grave para la salud del paciente.
- Dada la evolución de la curva de infección viral en la población que ha tenido esta pandemia en las últimas semanas, el Minsal decidió autorizar la realización de las cirugías postergadas. Estas intervenciones pendientes se pueden realizar en pacientes sin infección activa de virus covid19.
- En razón a la existencia de pacientes asintomáticos en etapa de incubación del virus, se solicitó al paciente, previo al procedimiento o intervención, responder una encuesta de posibles contactos conocidos de personas Covid positivas y, además, se le ordenó realizar una serie de exámenes tendientes a pesquisar una infección previa a la cirugía. Cabe mencionar que la certeza absoluta de NO infección no existe.
- Entendida la anterior información, yo, anteriormente identificado expongo que se me ha explicado y he comprendido la actual situación sanitaria del país, en el sentido que eleva mi riesgo quirúrgico y de salud en general, y en pleno uso de mis facultades AUTORIZO Y SOLICITO la realización de la cirugía. Asimismo, conozco mi facultad de rechazar o revocar esta autorización, en todo momento previo a su realización.

(FIRMA PACIENTE)

(FIRMA REPRESENTANTE)

(FIRMA MÉDICO)

(NOMBRE PACIENTE)

(NOMBRE REPRESENTANTE)

(NOMBRE MÉDICO)