

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FRACTURAS VERTEBRALES

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,
DNI....., con domicilio en

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,
con domicilio en.....
DNI....., en calidad dedel paciente.

Previamente a la entrega de este documento he sido informado verbalmente de forma satisfactoria por el Dr./Dra....., colegiado, de los siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento.

Se me recuerdan las siguientes **cuestiones**:

1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como son: una analítica y un electrocardiograma; Y/o las pruebas que el servicio de anestesia considere necesarias en función de sus características individuales.

Le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Por haber sido diagnosticado de
.....
.....
y habiendo agotado otras alternativas, se le recomienda realizar el siguiente procedimiento.....
.....

El objetivo de la intervención es intentar la reducción quirúrgica de la fractura o de la lesión y la unión de sus fragmentos mediante dispositivos metálicos con el propósito de conseguir así un resultado lo más parecido a la anatomía normal. También se pretende evitar lesiones de la médula espinal, ya que pueden producir disminución de la fuerza, alteración de la función de órganos (por ejemplo: pérdida de control de esfínteres), alteraciones o lesiones motoras (paraplejía, tetraplejías, etc.), así como una deformidad

permanente en la forma de la columna que, a medio o largo plazo, podría causar dolor, inestabilidad y artrosis precoz.

En aquellos casos en los que exista lesión medular previa puede estar indicada para estabilizar la columna y facilitar la movilización del paciente, aunque no mejore dicha lesión medular.

Si surgiera alguna **situación imprevista urgente**, que precisara de la realización de algún procedimiento distinto de los que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo.

La alternativa al tratamiento quirúrgico pasa por el reposo en cama y el uso de yesos o corsés, lo que se asocia con frecuencia a complicaciones o malos resultados que se pretenden evitar con la intervención quirúrgica.

3. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS

-La intervención se realiza bajo anestesia general, con los riesgos inherentes a la misma de los que le informará el Servicio de Anestesia.

-Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

-La cirugía requiere de la disección de algunos músculos y ligamentos, así como la manipulación de huesos. Por todo ello, es común la presencia de dolor y hematoma en la zona que tiende a mejorar con el tiempo y el tratamiento.

-La intervención produce una pérdida sanguínea que puede requerir transfusiones. En el caso de la utilización de injerto óseo de banco de tejidos /o derivados hemáticos, existe la remota posibilidad de transmisión de enfermedades virales.

-La cirugía de TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES puede presentar complicaciones:

- a) Trombosis de las venas de las piernas que, en ocasiones, se pueden complicar con embolia pulmonar.
- b) Íleo paralítico (parálisis de los movimientos intestinales).
- c) Lesiones neurológicas irreversibles por afectación de estructuras en relación con la médula espinal, con posibilidad de parálisis de una o varias extremidades o grupos musculares, pérdida de sensibilidad, pérdida del control de esfínteres o impotencia.
- d) Infección de la herida quirúrgica o cicatriz de la intervención.
- e) Lesión de estructuras vecinas a la fractura (vasos, nervios...).
- f) Dolor residual.
- g) Inestabilidad de la columna con posibilidad de afectación o daño neurológico, por compromiso medular.
- h) Fallo de la instrumentación, malposición o movilización de los implantes, que pueden requerir una reintervención.

i) A medio-largo plazo puede fallar el implante por infección, desgaste o rotura, lo que puede hacer necesaria la retirada o revisión del mismo en una nueva intervención quirúrgica.

4. CONCLUSIÓN

Mediante la firma del presente documento **declaro que** he sido amplia y satisfactoriamente informado/a de forma oral, en un lenguaje claro y sencillo. **QUE** he leído este documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones en cuanto a los fines, alternativas, métodos, inconvenientes y posibles complicaciones, así como del pronóstico. **QUE** dicha información ha sido realizada y se me ha permitido aclarar cualquier duda, así como los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pudieran surgir, tales como:

.....

Así mismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes y obtener datos clínicos. Estos se podrán conservar, transmitir y utilizar con fines científicos y/o de docencia en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente.

Por ello **doy mi consentimiento** para que se proceda a la realización de dicho procedimiento diagnóstico o quirúrgico. (Art. 10.6 Ley General de Sanidad). También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

1. Relativo al paciente:

Y para que así conste, enterado y conforme firmo el presente original.

D./D.^a con D.N.I. .
Firma del paciente Fecha: / /

2. Relativo al médico (cirujano):

Dr./Dra. , con Nº Colegiado ha informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico Fecha: / /

3. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña. _____ no tiene capacidad para decidir en este momento.

D./D^a. _____ con D.N.I. _____

y en calidad de _____ he sido informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar _____ Fecha: / /

4. Revocación:

D./D^a. _____ con D.N.I. _____ o en su caso,

ya que no tiene capacidad para decidir en este momento D./D^a.

con D.N.I. _____ y en calidad de _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha de: _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado, conociendo, por haber sido informado de ello, de las consecuencias de dicha decisión.

Firma del paciente, tutor o familiar _____ Fecha: / /

Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Acepto No acepto