

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. 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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURA Y/O LUXACIÓN VERTEBRAL**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. *Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.*
2. *La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.*
3. *El propósito principal de la intervención es intentar la reducción quirúrgica de la fractura y/o luxación, la unión de sus fragmentos mediante dispositivos metálicos con el propósito de conseguir así un resultado lo más parecido a la anatomía normal. Se pretende también evitar lesiones de la médula espinal y evitar la deformidad permanente y progresiva que a medio o largo plazo podría causar dolor, inestabilidad y artrosis precoz. En aquellos casos en que exista lesión medular previa, puede estar indicada para estabilizar la columna y facilitar la movilización del paciente, aunque no mejore dicha lesión medular.*
4. *La intervención consiste en la corrección de los desplazamientos óseos y/o de la luxación mediante utilización de dispositivos metálicos (tornillos, barras, placas, etc.) asociando o no a injerto óseo que puede proceder del propio paciente, del banco de huesos o sustitutivos óseos.*
5. *Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que requieran transfusiones sanguíneas.*

RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA Y/O LUXACIÓN VERTEBRAL

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 implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. Infección de la herida quirúrgica, que podría afectar a estructuras más profundas provocando osteomielitis, discitis, meningitis y sepsis (situación de infección generalizada con riesgo elevado de muerte).*
- b. Hematoma o lesión vascular.*
- c. Lesión de la médula o raíces nerviosas que pueden producir según el nivel afectado paraplejía /tetraplejía u otras lesiones neurológicas como pérdida de control de esfínteres, impotencia sexual, etc.*
- d. Rotura o penetración en el canal vertebral del material implantado o instrumental quirúrgico. Existe la posibilidad de fallo de la instrumentación, malposición o aflojamiento de los implantes con movilización de estos y del foco de fractura. Se suele deber más bien a una incapacidad de los mecanismos fisiológicos para conseguir unir los fragmentos óseos, que a una complicación de la intervención y probablemente también hubiera sucedido de no haberle operado. Si esto ocurriera es probable que requiera una reintervención para recambiar o retirar la osteosíntesis y quizás añadir injerto óseo.*
- e. Complicaciones derivadas de la posición durante la cirugía (lesiones oculares, compresiones nerviosas, lesiones dermatológicas por decúbito, escaras).*
- f. Complicaciones de la zona dadora del injerto óseo, o derivadas del uso de aloinjertos y sustitutivos óseos.*
- g. Fístula de líquido cefalorraquídeo.*
- h. Dolor y deformidad residual.*
- i. Inestabilidad de la columna con posibilidad de afectación o daño neurológico por compromiso medular.*
- j. Seromas de la herida, dehiscencia de la sutura, cicatrices hipertróficas, problemas no infecciosos de la herida quirúrgica, necrosis cutáneas.*
- k. Síndrome de dolor regional complejo*
- l. Embolia grasa o trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).*

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA Y/O LUXACIÓN VERTEBRAL

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador consistente en medicación sintomática y uso de ortesis.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....

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

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURA Y/O LUXACION VERTEBRAL**.

En....., a de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO