

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ARTRODESIS SACROILIACA

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

Este procedimiento consiste en la fijación de la articulación sacroilíaca mediante la utilización de injerto óseo o bien con el uso de implantes. Si se utiliza injerto, éste generalmente procede de su propia cresta ilíaca.

Esta intervención se puede realizar de forma abierta, o bien de forma percutánea (mediante control radiográfico).

El objetivo de la cirugía es conseguir la fusión de la articulación sacroilíaca. A pesar de que tiene muy poca movilidad, puede ser la responsable del dolor.

Esta intervención provoca una mínima pérdida de movilidad a nivel pélvico, lo cual, si bien no supone incapacidad, puede sobrecargar con el tiempo los segmentos de movilidad adyacente (fundamentalmente la parte anterior de la pelvis).

Como consecuencia de la intervención es común la presencia de dolor en la zona que tiende a mejorar con el tiempo y el tratamiento.

He sido informado de la posibilidad de utilización de material biológico autólogo o heterólogo, incluyendo derivados hemáticos, en caso de que mi procedimiento terapéutico/diagnóstico así lo precise, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.

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.

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.

-Por la propia técnica operatoria y por la situación vital de cada paciente (diabetes, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia, alteraciones cardiológicas...) cualquier cirugía lleva implícita una serie de complicaciones comunes que, junto con las específicas de esta intervención son infrecuentes y, pueden considerarse leves (hematomas, infecciones superficiales, tromboflebitis, dehiscencias de heridas, luxación de los componentes,...) y graves, hasta un 2-3% (infecciones profundas, lesiones vasculares y nerviosas, hematomas profundos, embolia grasa o pulmonar, etc.). Excepcionalmente estas complicaciones graves pueden comprometer la vida del paciente.

-Las complicaciones derivadas de la posición quirúrgica como compresiones oculares, compresión de nervios periféricos, etc.

-Los riesgos específicos de esta intervención son las lesiones neurológicas que, aunque excepcionales, alrededor del 1%, son a veces graves. Se presentan en forma de neuropatías, hormigueos y molestias en piernas, nalgas y muslos. En ocasiones presentan dolor en trocánter y a nivel sacroilíaco residual que tienden a mejorar con el tratamiento.

-Entre los riesgos asociados al procedimiento figura también la posibilidad de fallo de la instrumentación, la malposición o la movilización de los implantes, que pueden requerir una reintervención.

-También existe la posibilidad de fracaso de la artrodesis, cuya causa más frecuente es la no unión o pseudoartrosis del injerto óseo. El tabaco es un elemento de riesgo constatado estadísticamente, por lo que se aconseja dejar o reducir el hábito tabáquico al menos dos o tres meses antes.

-Salvo que existan complicaciones hemorrágicas severas este procedimiento no suele precisar de transfusión sanguínea.

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