

CONSENTIMIENTO INFORMADO BARRAS DE CRECIMIENTO

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

La CIRUGIA la deformidad vertebral con BARRAS DE CRECIMIENTO consistente en el CONTROL DE LA DEFORMIDAD SIN FUSIÓN VERTEBRAL mediante la colocación de unos anclajes metálicos en diferentes localizaciones: vértebras, costillas o pelvis. Estos anclajes se conectan entre si mediante unas barras metálicas que requieren de una expansión periódica (el periodo de tiempo es variable). La expansión de las barras puede

realizarse en quirófano en el caso de las barras de crecimiento convencionales, o en consulta en el caso de las barras de crecimiento magnéticas.

El objetivo de la cirugía, en la medida de lo posible, es corregir y controlar la deformidad preservando el crecimiento natural de la columna. Al mismo tiempo, proteger los elementos neurológicos (médula y/o raíces nerviosas) y manteniendo la columna en una posición correcta. La progresión de la deformidad podría generar lesiones neurológicas más graves o dolor incapacitante.

La cirugía sin fusión vertebral mediante barras de crecimiento se realiza por vía posterior y bajo anestesia general.

Las únicas alternativas a esta cirugía serían continuar con el tratamiento ortésico (corsé termoplástico o de yeso) para controlar la deformidad, proceder con una cirugía mediante fusión vertebral que conllevaría el cese de crecimiento de la columna vertebral con las consecuencias nocivas que esto supone para el desarrollo de los pulmones, o recurrir a otras técnicas de no fusión diferente de las barras de crecimiento.

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.

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.

Debe conocer que toda intervención quirúrgica posee un margen de incertidumbre, que obliga al médico a decidir la actuación más adecuada en cada momento con independencia del acto médico inicialmente programado. 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, fuga de líquido cefalorraquídeo, parálisis o alteraciones de la función sexual, 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.

-Riesgos específicos de la intervención son las lesiones neurológicas que, aunque excepcionales (alrededor del 1%), son a veces graves (alteraciones motoras o sensitivas, síndrome de cola de caballo, disfunciones sexuales). Para disminuir la incidencia de estas complicaciones generalmente se realiza durante la intervención la monitorización neurofisiológica intraoperatoria, a cargo de especialistas en esta materia y que avisan al cirujano, con gran fiabilidad, del estado de la médula espinal y las raíces nerviosas durante la intervención. De la necesidad de su uso en su caso particular será informado por su cirujano.

Entre las complicaciones específicas de la técnica de los tallos de crecimiento se encuentran:

1. La imposibilidad de controlar la progresión de la deformidad requiriendo una nueva intervención quirúrgica.
2. La rotura de los implantes, y la necesidad de su recambio.
3. El desarrollo de calcificaciones en torno a los implantes.
4. La aparición de una deformidad en la columna por encima o por debajo de los implantes, que puede o no precisar una actuación quirúrgica.
5. El bloqueo del mecanismo de expansión de los tallos de crecimiento magnéticos, precisando su recambio.
6. La prominencia de los implantes debajo de la piel.
7. La migración y en ocasiones el arrancamiento de los implantes a través del hueso (costilla, vértebra o pelvis) donde están anclados.
8. La fusión espontánea de la columna vertebral con la pérdida de movilidad de las articulaciones de la columna y atrofia de los músculos próximos.

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