

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIFOPLASTIA / VERTEBROPLASTIA

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 de del 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 vertebroplastia es un procedimiento que consiste en la inyección de cemento en el interior de la vértebra o vértebras; mientras que en la cifoplastia se crea previamente una cavidad en la cual se inyectará el cemento.

La cifoplastia, a diferencia de la vertebroplastia requiere el uso de unos balones que se hinchan para crear una cavidad e intentar recuperar la altura vertebral de la vértebra fracturada.

El objetivo de la cirugía es aliviar o eliminar el dolor, estabilizar y reforzar la /las vértebras afectadas evitando el colapso progresivo. De este modo, al evitar la progresión de la lesión se evitarían lesiones neurológicas más serias y/o el dolor incapacitante.

El procedimiento se realiza generalmente mediante cánulas insertadas a través del pedículo de forma percutánea por vía posterior y se usa contraste para el control radiográfico; pero en determinados casos puede ser necesario ampliar el abordaje o combinarlo con otras técnicas.

Las únicas alternativas a este procedimiento serían continuar con el tratamiento analgésico y/o rehabilitador asociando el uso de dispositivos ortopédicos de contención (corsés).

Las molestias o el dolor pueden permanecer algunas semanas hasta notar el efecto de la cirugía.

En algunas ocasiones este tipo de cirugía puede aumentar el riesgo de sufrir fracturas en niveles vertebrales adyacentes, sobre todo en casos de hueso especialmente debilitado.

He sido informado de la posibilidad de utilización de material biológico, 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 en ocasiones con anestesia local y sedación; por ello el paciente puede tener molestias durante el procedimiento. Esto permite tener control de la función neurológica durante el mismo. Los riesgos inherentes a la técnica anestésica utilizada les serán informados por 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.

-Los riesgos específicos de esta intervención son las lesiones neurológicas que, aunque excepcionales, son potencialmente graves. Las fugas de cemento, aunque no suelen ser sintomáticas, pueden llegar a ser graves si comprometen a las estructuras neurológicas (incluso producir paraplejia, dependiendo del nivel tratado).

-En ocasiones es posible la recidiva de la deformidad o la persistencia de dolor residual en la zona operada o en los niveles cercanos.

-Otros riesgos provocados por la fuga de cemento son las lesiones vasculares en forma de embolismos pulmonares o cardiacos, que excepcionalmente pueden requerir tratamiento médico y/o quirúrgico. En ocasiones pueden existir fugas de cemento al espacio epidural o paravertebral.

-También de forma excepcional, se puede producir rotura de los balones y fuga del contraste, por lo que se deberá informar al equipo médico si se es alérgico a algún tipo de contraste durante el preoperatorio.

-En el caso de que la indicación de la cifoplastia sea una enfermedad tumoral maligna, la técnica mejora los síntomas locales, pero no tiene ninguna influencia sobre la evolución global de la enfermedad de base.

-En el caso de que su cirujano lo considerara necesario, puede realizarse una obtención de muestra del cuerpo vertebral (biopsia) con fines diagnósticos, esto no suele añadir morbilidad al procedimiento en la mayoría de los casos.

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./Dª. _____ 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