

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INSTRUMENTACIÓN FRACTURA VERTEBRAL SIN FUSIÓN**

**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.....  
.....

El objetivo de la cirugía es corregir la deformidad de la vértebra fracturada, estabilizar la lesión (impidiendo la movilización de los fragmentos), descomprimir y/o proteger los elementos neurológicos (médula y/o raíces nerviosas), mantener la zona de la columna afectada en una posición correcta y evitar su progresión, ya que esto podría producir lesiones neurológicas más serias, dolor incapacitante o deformidad.

Se precisa de una instrumentación u osteosíntesis que consiste en la colocación de unos implantes metálicos en las vértebras (instrumentación vertebral), sin aporte de injerto.

La cirugía y la instrumentación se realizan generalmente por vía posterior, pero en determinados casos puede ser necesario realizar una doble vía de abordaje (anterior y posterior) en el mismo acto operatorio o en distintos días. En algunos pacientes se puede realizar la instrumentación percutánea.

Las únicas alternativas a la cirugía son los tratamientos con reposo en cama y la colocación de corsés durante unos meses.

Este tipo de cirugía conlleva la pérdida de movilidad en algunos segmentos de la columna, lo cual puede sobrecargar con el tiempo los segmentos de movilidad adyacente.

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.

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.

- Complicaciones derivadas de la posición quirúrgica como compresiones oculares, nervios periféricos partes blandas, menores del 10%. La infección de la herida es poco habitual, y la mayoría de las veces superficial que se soluciona con las curas de

enfermería, pero excepcionalmente puede ser grave y requerir una reintervención para la limpieza del foco infectado. Existe el riesgo de propagación al implante metálico con la probabilidad de tener que extraerlo antes de consolidar el foco, debiéndose utilizar otro sistema de inmovilización. En cualquier tipo de infección suele precisarse la prolongación del tratamiento antibiótico. La aparición de un hematoma o el sangrado de la herida son más usuales, pero en cambio, menos preocupantes.

-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.

- El abordaje del foco de fractura necesita la manipulación de las estructuras anatómicas que lo rodean, con lo que pueden producirse lesiones añadidas a las que ha producido la fractura. Riesgos específicos de la intervención son las lesiones neurológicas que, aunque excepcionales, son a veces graves, entorno al 1% (alteraciones motoras o sensitivas, síndrome de cola de caballo, disfunciones sexuales), la recidiva de la deformidad o persistencia de dolor residual en la zona operada. En ocasiones puede presentarse un dolor ciático por manipulación neurológica, que suele permanecer unos días o semanas y que tiende a mejorar con el tiempo y el tratamiento. Las lesiones de los nervios próximos a la fractura suelen ser debidas a un mecanismo de estiramiento, por la angulación de los fragmentos óseos o su manipulación; suelen ser transitorias y producen una debilidad muscular y una insensibilidad de la piel. Esas posibles lesiones son muy poco frecuentes.

-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.

-Entre los riesgos figura también la posibilidad de fallo de la instrumentación, malposición o aflojamiento de los implantes con movilización de los mismos 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.

#### **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<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ 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<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con D.N.I. .... o en su caso,  
ya que no tiene capacidad para decidir en este momento D./D<sup>a</sup>.  
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