

Lugar ....., Fecha: ...../...../.....

## Consentimiento Informado

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Yo, ..... de..... años de edad, con DNI nº..... como paciente.

ó ..... de..... años de edad, con DNI nº..... como su representante legal, familiar o allegado), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente.

EXPONGO

Que he sido INFORMADO/A por el ....., en entrevista personal realizada el día .....de que es necesario que se me efectúe el procedimiento diagnóstico terapéutico denominado:

## Instrumentación y Artrodesis Vertebral

---

### DETALLES DEL PROCEDIMIENTO

La intervención consiste en la fusión vertebral mediante una instrumentación de Columna (implantes metálicos como barras y tornillos) y aporte de injerto óseo procedente de las propias vértebras y, en su caso, de las cresta iliacas propias, de cadáver o biológico. Su objetivo es aliviar el dolor y mejorar la función alterada por la enfermedad o alteración vertebral.

Durante la operación existe una pérdida sanguínea que puede requerir transfusiones. La intervención requiere la separación de músculos y la extirpación de diferentes estructuras ligamentosas o discales, así como de superficies o elementos óseos y produce dolor variable en la zona operada que tiende a mejorar con el tiempo. Tras la intervención puede precisarse reposo en cama durante un tiempo variable, así como el uso posterior de un corsé y limitación de la actividad. La intervención precisa de Anestesia que será valorada por el Servicio de Anestesiología.

---

### RIESGOS HABITUALES

Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección de la herida quirúrgica superficial o profunda.
- Rotura de la duramadre y pérdida de líquido cefalorraquídeo.
- Lesión medular o de raíces nerviosas con secuelas neurológicas motoras (parálisis o disminución de fuerza), sensitivas (pérdida o alteración de la sensibilidad), pérdida de control de esfínteres o impotencia.
- Lesiones vasculares. Hematomas
- Parálisis intestinal (Ileo parálítico), infección pulmonar, infección urinaria.
- Pseudoartrosis (no consecución de la artrodesis), rotura del material implantado.
- Contracturas musculares. Dolor local permanente.
- En el caso de utilizar injerto óseo de cadáver, posible transmisión de las enfermedades virales que pudiera padecer el donante

---

## **TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

Como alternativa al tratamiento quirúrgico, dependiendo de cada caso, se puede usar un corsé, realizar tratamiento rehabilitador y tomar medicamentos analgésicos.

Declaro que he sido informado por los médicos de los riesgos de la INSTRUMENTACION DE COLUMNA Y ARTRODESIS VERTEBRAL y que me han explicado las posibles alternativas.

Estoy satisfecho(a) con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. En consecuencia doy mi Consentimiento para la realización de la intervención

---

## **HA QUEDADO TOTALMENTE ACLARADO LO SIGUIENTE:**

1. Que entiendo la necesidad de la operación propuesta.
2. Que se me han detallado los riesgos y posibles complicaciones inherentes a las exploraciones diagnosticas, procedimiento operatorio y postoperatorio en un lenguaje claro.
3. Que algunas circunstancias no previstas durante la operación pueden hacer necesaria la utilización de técnicas quirúrgicas diferentes de las previamente planeadas. En este caso autorizo al cirujano a que actúe con arreglo a lo que él considere más conveniente de acuerdo con la ciencia médica.
4. Que entiendo que no se me puede dar garantías sobre resultados.
5. Que he tenido ocasión de hacer todas las preguntas que he deseado.

Ponderados los riesgos y las ventajas, he decidido someterme a la intervención quirúrgica propuesta.

.....  
Firma