

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## ARTRODESIS CERVICAL ANTERIOR



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

### **IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO**

La artrodesis cervical anterior es una técnica de probada eficacia en el tratamiento de diversas patologías. Como Estenosis cervical, fracturas o luxaciones cervicales  
¿Qué es la ESTENOSIS CERVICAL? Es una degeneración o artrosis de las vértebras por pequeños traumatismos repetidos, enfermedades reumáticas o por la edad. Esta degeneración se manifiesta por rugosidades, picos u osteofitos, que se pueden comportar de la misma forma que la hernia discal. Las hernias discales son más blandas y los osteofitos de la espondilosis son más duros. Sin embargo muchas veces se asocian en el mismo enfermo.

### **OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

El tratamiento con medicamentos y reposo es la solución en la mayor parte de los casos. Pasada la fase aguda está indicado el tratamiento Rehabilitador. Sin embargo, cuando la estenosis cervical es muy severa, existe lesión de los nervios o no se mejora con el tratamiento médico, ni rehabilitador, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico.

### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

La operación de canal cervical estrecho consiste en la extirpación de uno o varios cuerpos vertebrales y sus discos, a través de una incisión cervical anterior con colocación de un injerto heterologo, es decir que no se obtiene del paciente, y fijación del mismo con placa y tornillos.  
En general, después de la operación, el paciente puede levantarse llevando un collarín cervical. La herida se revisará con curas locales y la sutura se retirará a los 7 días. Habitualmente se da el alta a los 7 días, pudiendo adelantarse o retrasarse según el estado de cada paciente. En el informe de alta, que recibirá antes de marcharse, se describirá la intervención y se recomendará seguir reposo relativo, llevar collarín cervical y tomar analgésicos si apareciera dolor.

### **RIESGOS FRECUENTES**

En relación con la intervención pueden aparecer como complicaciones específicas periduritis (inflamación o cicatriz alrededor del nervio) o irritación del nervio por deformidades preexistentes del hueso, fragmentos de disco o alteraciones articulares que hagan que persistan o aumenten los dolores o la pérdida de fuerza en los brazos. Además al tratarse de una intervención realizada cerca de la médula cervical puede existir riesgo de vida, pérdida de movilidad de los cuatro miembros, fistula de líquido cefalorraquídeo. Las más frecuentes son las molestias en el cuello y dolor al tragar. Estas molestias ceden a los pocos días y se controlan fácilmente con tratamiento. Más raramente pueden producirse problemas con las piezas que se colocan entre las vértebras, infecciones de la herida y las derivadas de cualquier anestesia general. Las complicaciones más graves que se han descrito, aunque excepcionales, son las que se deben a lesión de las zonas cercanas a la columna cervical (médula espinal, esófago y tráquea), que pueden oscilar entre una mayor o menor lesión nerviosa hasta ser causa de muerte (excepcionalmente).

¿Qué ocurre al alta hospitalaria? Cuando el médico responsable que lleva su caso decida el alta, usted recibirá un informe clínico detallando las características de su enfermedad, el tipo de intervención practicada y el tratamiento a seguir en casa. En general, al cabo de unas semanas de la intervención, los pacientes pueden volver a sus actividades normales, evitando esfuerzos físicos importantes, recomendándose una serie de medidas fisioterapéuticas o rehabilitadoras que su médico le detallará. En ocasiones deberá seguir con tratamiento médico.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## ARTRODESIS CERVICAL ANTERIOR

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

- a.- Reposo y medicación, con el inconveniente de que pueden progresar los daños al nervio afectado.
- b.- Técnicas quirúrgicas alternativas: Nucleotomía percutánea, ambas se realizan a través de punciones a través de la piel de mayor o menor grosor.  
Según su opinión no están indicadas en mi caso.

### RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **ARTRODESIS CERVICAL ANTERIOR**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....  
.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....  
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **ARTRODESIS CERVICAL ANTERIOR**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....  
.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....  
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.  
EN ..... A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....  
.....  
PACIENTE / APODERADO ..... FIRMA Y SELLO MÉDICO