

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTRODESIS LUMBAR



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	<p>Es la unión de vértebras entre sí o con el hueso sacro mediante injertos y/o placas, barras, tornillos. En alguna ocasión, es conveniente formar un bloque de dos o más vértebras, con el fin de aliviar algunos dolores muy rebeldes de la región lumbar. Este bloque o unión de vértebras se consigue mediante injertos de hueso u otros materiales sintéticos. Pueden utilizarse tornillos que se introducen en las vértebras y una barras para unir los tornillos, con el fin de facilitar que los injertos prendan. No siempre es imprescindible el uso de tornillos. Cuando se utilizan tornillos, la operación es más laboriosa y las complicaciones son más frecuentes que cuando se opera de una simple hernia discal o de una estrechez del conducto lateral del canal.</p>
CUANDO ESTÁ INDICADA LA INTERVENCIÓN	<p>Se puede recomendar en los siguientes casos: Curvatura anormal de la columna ,Lesión en las vértebras de la columna, Estenosis de canal lumbar y hernias discales con debilidad o inestabilidad de la columna.</p>
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	<p>A las 48 horas de la intervención aproximadamente se podrá levantar con una faja lumbosacra. Al alta hospitalaria deberá evitar movimientos de flexo-extensión de la columna lumbar. No levantar pesos y evitar sentarse. Puede andar por terreno llano de forma progresiva. 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. Así mismo será remitido a la Consulta Externa de Neurocirugía en un plazo concreto, con el fin de realizar un seguimiento evolutivo de su caso.</p>
RIESGOS FRECUENTES	<p>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 las piernas. Además al tratarse de una intervención realizada cerca de la medula y raíces lumbares puede existir riesgo de vida, pérdida de movilidad de las piernas, sexo y esfínteres y fistula de líquido cefalorraquídeo. 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.</p>
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	<p>Medicación, con el inconveniente de que pueden progresar los daños a la medula y raíces.</p>
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	<p>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.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTRODESIS LUMBAR

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 LUMBAR**

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 LUMBAR**

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