

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FRACTURA DE AXIS (C2) - ARTRODESIS POR VIA 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 segunda vértebra cervical (denominada "axis") tiene una protuberancia ósea en su parte anterior (denominada "apófisis odontoides"), que se eleva hasta articularse con la primera vértebra cervical (o "atlas"). La compresión de la médula espinal en sus primeros segmentos cervicales, puede producir lesiones neurológicas graves e incluso la muerte. Por eso, es esencial evitar la posibilidad de que se desplace. La operación consiste en la introducción de un tornillo (a veces dos) en el interior de la vértebra fracturada. Bajo control Rx se labra un orificio, mediante una broca especial, en el interior de la vértebra y se introduce uno o dos tornillos dentro de la misma.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Estabilizar la fractura y evitar lesión de la médula espinal.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No existen alternativas

RIESGOS FRECUENTES

Complicaciones específicas: En relación con la intervención pueden aparecer lesiones medulares potencialmente graves (paraplejia, tetraplejia) por daño directo a la médula al manipular las vértebras y colocar el sistema de fijación.

También es posible que empeoren los dolores o que se produzca una infección de la herida quirúrgica, que si es grave, puede obligar a reintervenir al paciente y quitar el sistema de fijación.

Pueden producirse lesiones de carotida, yugular, esofago o traquea y en ocasiones puede lesionarse el nervio que inerva las cuerdas vocales produciendo voz afónica y discreta dificultad para deglutir.

Edema cervical de partes blandas.

También pueden romperse el o los tornillos y/o la placa y extruirse el injerto.

Al tratarse de una operación de cierta envergadura existe riesgo de vida.

Es posible que la fractura no consolide (Pseudoartrosis del foco de la fractura)

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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FRACTURA DE AXIS (C2) - ARTRODESIS POR VIA ANTERIOR

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

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 **FRACTURA DE AXIS (c2) ARTRODESIS POR VIA 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 PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **FRACTURA DE AXIS (c2) ARTRODESIS POR VIA 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