



1. Identificación y descripción del procedimiento

Usted o su familiar va a ser intervenido quirúrgicamente de una o varias de estas intervenciones:

• VERTEBROPLASTIA:

La operación consiste en inyectar en el cuerpo vertebral cemento quirúrgico. Para ello se punciona el mismo a través de los pedículos, uni o bilateralmente, con una aguja gruesa que se dirige bajo control radiológico.

• CIFOPLASTIA:

La operación es la misma que en la vertebroplastia, pero antes de introducir el cemento se crea una cavidad en el cuerpo vertebral para favorecer la remodelación del mismo.

DIAGNÓSTICO: _____

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Debe saber que cualquiera de estas intervenciones es muy delicada. En general, el resultado buscado de la operación es mejorar el dolor. En caso de tumores, puede obtenerse material para estudio anatomopatológico, pero no se extirpa el mismo. La indicación es el dolor por fracturas osteoporóticas, hemangioma vertebral o tumores.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Tratándose de una patología generalmente benigna y de curso habitualmente crónico, el paciente que accede a la intervención debe hacerlo después de no haber encontrado solución satisfactoria con otros tratamientos conservadores. El tratamiento complementario de los tumores con radioterapia o quimioterapia debe hacerse conociendo su anatomía patológica. La alternativa al tratamiento quirúrgico propuesto, al estar siguiendo un protocolo asistencial, supone mantener el tratamiento actual. Puede evitar cirugías más agresivas de descompresión y/o estabilización o el uso crónico de sistemas de ortesis externa.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y anestésico. Las consecuencias previsibles de su realización son:

.....
.....

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, lo que incrementa su riesgo vital, hace más difícil la recuperación funcional y el control de la enfermedad. Las consecuencias previsibles de su no realización son:

.....
.....

6. Riesgos

Como en toda intervención pueden haber complicaciones intra o postoperatorias (HEMORRAGIA, INFECCIÓN). Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos (PARAPLEJIA, DOLOR, ETC). También se refiere que la vertebro / cifoplastia de un cuerpo podría favorecer la lesión del o de los cuerpos vecinos por sobrecarga mecánica sobre los mismos. La mortalidad postoperatoria es excepcional, pero pueden haber graves complicaciones en el caso de lesión de la médula espinal.

Toda intervención quirúrgica conlleva un riesgo, pero a la hora de proponerle este tratamiento lo hacemos en la confianza de que el beneficio esperable compensa el riesgo que se asume. De forma regular se le suministrará información de la evolución del paciente y en caso de complicaciones de cual es su gravedad.

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES MÁS HABITUALES: Extravasación asintomática de la sustancia cementante: 15%; Extravasación sintomática de la sustancia cementante: 2%; Déficit neurológico: 0,1-2%; Infección de la herida quirúrgica: 1%; Disconfort en la zona: 10-20 %, que se resuelve con analgésicos la mayoría de las veces; Mortalidad: excepcional (Sociedad Española de Neurocirugía).

Vertebroplastia / Cifoplastia percutánea

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Además de los riesgos anteriormente citados, la presencia de otras enfermedades, alergias o alteraciones generales pueden incrementar las complicaciones como su gravedad. Por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones:

.....
.....

8. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) , con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

9. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

