

1. ¿Qué es? Son intervenciones quirúrgicas, cuyo resultado buscado 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.

2. ¿Cómo se realiza?

- **VERTEBROPLASTIA:** 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.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? Puede 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 (paraplejía, dolor). 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 puede 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 cuál 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.

4. Consecuencias previsibles de su realización: mejoría del dolor y del pronóstico funcional

5. Consecuencias previsibles de su no realización: 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.

6. Alternativas: 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.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma: