

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROTESIS DE DISCO CERVICAL

**Usted tiene derecho** a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

**PACIENTE**

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,  
DNI....., con domicilio en .....

**REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO**

Yo, D./Dña.....de..... años de edad,  
con domicilio en.....  
DNI....., en calidad de .....del paciente.

Previamente a la entrega de este documento he sido informado verbalmente de forma satisfactoria por el Dr./Dra....., colegiado ....., de los siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento.

Se me recuerdan las siguientes **cuestiones**:

**1. PREOPERATORIO**

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como son: una analítica y un electrocardiograma; Y/o las pruebas que el servicio de anestesia considere necesarias en función de sus características individuales.

Le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

**2. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Por haber sido diagnosticado de .....  
.....  
.....  
y habiendo agotado otras alternativas, se le recomienda realizar el siguiente procedimiento .....

La cirugía de la prótesis de disco cervical, o artroplastia cervical, consiste en la descompresión mediante discectomía por vía anterior-lateral de la médula espinal y/o raíces nerviosas y la reconstrucción mediante colocación de una prótesis de disco móvil en el espacio del disco cervical retirado.

El objetivo de la cirugía es descomprimir y/o proteger los elementos neurológicos (médula y/o raíces nerviosas), mantener la zona de la columna afectada en una posición correcta corrigiendo las deformidades existentes y evitar la progresión de la enfermedad. Si esto sucediese podría producir lesiones neurológicas más serias (que en el caso de la mielopatía cervical puede llegar incluso a perder la movilidad en las extremidades) o dolor incapacitante.

La vía de abordaje utilizada es anterior, por el lado izquierdo o derecho según la preferencia del cirujano o el problema a tratar.

Las únicas alternativas a esta cirugía serían: continuar con el tratamiento analgésico o rehabilitador para paliar sus molestias. Otra alternativa quirúrgica es la artrodesis cervical.

A pesar de que este tipo de cirugía persigue el mantenimiento de la movilidad del disco operado. No está demostrado que con el tiempo esto no se sobrecarguen los segmentos de movilidad adyacentes ni que se mantenga la movilidad del segmento operado. Al mantener la movilidad, si existieran alteraciones degenerativas en las articulaciones vertebrales puede persistir dolor cervical en alguna medida.

La cirugía requiere de la disección de algunos músculos y ligamentos, así como la manipulación de huesos. Por todo ello, es común la presencia de dolor y hematoma en la zona que tiende a mejorar con el tiempo y el tratamiento.

Debido a la vía de abordaje anterior, no son infrecuentes las molestias al tragar (en forma variable y generalmente leves), que suelen mejorar en pocos días o semanas, siendo excepcional su persistencia a largo plazo.

He sido informado de la posibilidad de utilización de material biológico autólogo o heterólogo, incluyendo derivados hemáticos, en caso de que mi procedimiento terapéutico/diagnóstico así lo precise, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.

Si surgiera alguna **situación imprevista urgente**, que precisara de la realización de algún procedimiento distinto de los que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo.

### **3. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS**

- La intervención se realiza bajo anestesia general, con los riesgos inherentes a la misma de los que le informará el Servicio de Anestesia.

- Por la propia técnica operatoria y por la situación vital de cada paciente (diabetes, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia, alteraciones cardiológicas...) cualquier cirugía lleva implícita una serie de complicaciones comunes que, junto con las específicas de esta intervención son infrecuentes y, pueden considerarse leves (hematomas, infecciones superficiales, tromboflebitis, dehiscencias de heridas, luxación

de los componentes,...) y graves, hasta un 2-3% (infecciones profundas, lesiones vasculares y nerviosas, hematomas profundos, embolia grasa o pulmonar, fuga de líquido cefalorraquídeo, parálisis o alteraciones de la función sexual, etc.). Excepcionalmente estas complicaciones graves pueden comprometer la vida del paciente.

- Las complicaciones derivadas de la posición quirúrgica como compresiones oculares, compresión de nervios periféricos, etc.

- Los riesgos específicos de la intervención son las lesiones neurológicas (médula, raíces nerviosas, desgarros de la duramadre) que, aunque excepcionales (1%), son a veces graves (incluyendo lesión medular completa, alteración de esfínteres), la recidiva de la deformidad, la ausencia de mejoría total en caso de estar la médula dañada previamente o persistencia de dolor residual en la zona operada y en la zona de toma del injerto. También existe la posibilidad de lesiones vasculares o hematomas que puedan agravar la lesión neurológica o la obstrucción de la vía aérea (alrededor del 1%) que pueden requerir intervención urgente por su gravedad.

Otros riesgos menores son lesión del nervio laríngeo recurrente que puede provocar alteraciones en la voz, generalmente temporales, o lesiones de otros nervios que provoquen alteraciones de la sensibilidad o la deglución, síndrome de Horner (alteración de los nervios de la cadena simpática que produce alteraciones en la sudoración y en el parpado), también temporales en la mayor parte de los casos (en torno al 1-2%).

- En el caso de la utilización de injerto óseo de banco de tejidos /o derivados hemáticos, existe la remota posibilidad de transmisión de enfermedades virales.

- Entre los riesgos asociados al procedimiento figura la posibilidad de fallo de la instrumentación, la malposición o la movilización de los implantes, que pueden requerir una reintervención. Puede darse el caso de errores en el nivel quirúrgico a tratar.

- También existe la posibilidad de fracaso de la prótesis discal, que en determinados casos puede conllevar una fusión espontánea del segmento operado o bien la movilización de la prótesis. En este último caso, bien a corto o medio plazo puede ser necesaria la reintervención, que generalmente conlleva una fusión del segmento operado, por vía anterior o posterior según el caso.

#### **4. CONCLUSIÓN**

Mediante la firma del presente documento **declaro que** he sido amplia y satisfactoriamente informado/a de forma oral, en un lenguaje claro y sencillo. **QUE** he leído este documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones en cuanto a los fines, alternativas, métodos, inconvenientes y posibles complicaciones, así como del pronóstico. **QUE** dicha información ha sido realizada y se me ha permitido aclarar cualquier duda, así como los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pudieran surgir, tales como: .....

.....

Así mismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes y obtener datos clínicos. Estos se podrán conservar, transmitir y utilizar con fines científicos y/o de docencia en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente.

Por ello **doy mi consentimiento** para que se proceda a la realización de dicho procedimiento diagnóstico o quirúrgico. (Art. 10.6 Ley General de Sanidad).  
También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

### 1. Relativo al paciente:

Y para que así conste, enterado y conforme firmo el presente original.

D./D.ª \_\_\_\_\_ con D.N.I. .  
Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: / /

### 2. Relativo al médico (cirujano):

Dr./Dra. \_\_\_\_\_ , con Nº Colegiado \_\_\_\_\_ ha informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha: / /

### 3. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña. \_\_\_\_\_ no tiene capacidad para decidir en este momento.  
D./Dª. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ y en calidad de \_\_\_\_\_ he sido informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar \_\_\_\_\_ Fecha: //

#### 4. Revocación:

D./D.<sup>a</sup> ..... con D.N.I. .... o en su caso,  
ya que no tiene capacidad para decidir en este momento D./D.<sup>a</sup>.  
con D.N.I. .... y en calidad de..... **REVOCO** el consentimiento  
prestado en fecha de:.....y no deseo proseguir el tratamiento, que  
doy con esta fecha por finalizado, conociendo, por haber sido informado de ello, de las  
consecuencias de dicha decisión.

Firma del paciente, tutor o familiar Fecha: / /

Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Acepto     No acepto