

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN GENERAL:

Las fracturas vertebrales pueden producirse por traumatismos, osteoporosis u otras enfermedades que debilitan el hueso. En algunos casos, estas fracturas generan inestabilidad de la columna, compresión de estructuras neurológicas o dolor severo.

### ¿EN QUÉ LE BENEFICIARÁ?

El objetivo de la intervención quirúrgica es intentar la reducción quirúrgica de la fractura o lesión, y la unión de sus fragmentos mediante dispositivos metálicos con el propósito de conseguir así un resultado lo más próximo posible a la anatomía normal. Se busca también evitar lesiones de la médula espinal que pueden producir disminución de la fuerza, alteración de la función de órganos (por ej. Pérdida de control de esfínteres, alteraciones sensitivas o lesiones motoras (paraplejía, tetraplejías, etc.) así como una deformidad permanente en la forma de la columna que a medio o largo plazo podría causar dolor, inestabilidad y artrosis precoz.

En los casos con lesión medular previa puede estar indicada para estabilizar la columna y facilitar la movilización del paciente aunque no mejore dicha lesión medular.

### RECUPERACIÓN LUEGO DE LA CIRUGÍA

Tras la intervención suele existir dolor regional que suele mejorar progresivamente.

Tras la intervención deberá guardar reposo en cama un tiempo variable. También es posible que deba usar un corsé posteriormente, así como limitar su actividad que su médico le recomendará.

**¿HAY OTROS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS?** La alternativa al tratamiento quirúrgico pasa por el reposo en cama y el uso de yesos o corsés, lo que se asocia con frecuencia a complicaciones o malos resultados que se pretenden evitar con la intervención quirúrgica.

**¿QUÉ RIESGOS TIENE?** Todos los procedimientos implican algunos riesgos, que pueden presentarse en el momento de la intervención o posterior a ella. Los riesgos también dependen de algunas condiciones particulares del paciente como el estado de salud al momento del procedimiento, las enfermedades preexistentes, motivo del procedimiento, etc. Entre las complicaciones se mencionan:

### COMPLICACIONES

- Trombosis de las venas de las piernas, que en ocasiones se pueden complicar con embolia pulmonar.
- Íleo paralítico (parálisis de los movimientos intestinales).
- Lesiones neurológicas irreversibles por afectación de estructuras en relación con la médula espinal, con posibilidad de parálisis de una o varias extremidades o grupos musculares, pérdida de sensibilidad, pérdida del control de esfínteres o impotencia.
- Infección de la herida quirúrgica o cicatriz de la intervención.
- Lesión de estructuras vecinas a la fractura (vasos que pueden llevar hasta la muerte, nervios que pueden derivar en parálisis transitorias o permanentes).
- Dolor residual.
- Inestabilidades de columna con posibilidad de afectación o daño neurológico por compromiso medular.
- A medio-largo plazo puede fallar el implante por infección, desgaste o rotura, lo que puede hacer necesaria la retirada del mismo en una nueva intervención quirúrgica.

Otras observaciones: \_\_\_\_\_

### DECISIÓN (Firmar paciente y médico)

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, la realización de la cirugía por FRACTURA VERTEBRAL, es el procedimiento más adecuado para mi situación.
2. Que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente.
3. Que me comprometo a cumplir con las indicaciones médicas que se me han indicado, entre ellas las relacionadas a la preparación prequirúrgica que me ha explicado mi médico.
4. Que si se ha obtenido una muestra de biopsia, me comprometo a retirar del quirófano el material al Laboratorio de Anatomía Patológica que tenga convenio con su obra social o prepaga. Dicho retiro deberá ser antes de las 72 hs de la cirugía.
5. Que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.

Entendiendo todo la anterior, mi decisión es:

ACEPTAR la cirugía

RECHAZAR la cirugía

\_\_\_\_\_  
**Firma y aclaración del paciente**  
(o representante legal en paciente incapaz)

Lugar: Neuquén

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
**Médico/a cirujano**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### REVOCACIÓN (Retiro de la autorización previa)

Rechazo y en consecuencia revoco mi consentimiento. Solicito no realizar la cirugía por FRACTURA VERTEBRAL, en contra de lo que me había recomendado el equipo médico. Entiendo y asumo la responsabilidad de los riesgos para mi salud, los que me fueron explicados (Ley 2611 y Ley 26.529).

\_\_\_\_\_  
**Firma y aclaración del paciente**  
y/o representante legal

Lugar: Neuquén

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
**del médico/a interviniente**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_