

**Usted tiene derecho** a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. 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, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

## PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....  
con domicilio en.....

## REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

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. QUÉ ES EL HALO CRANEAL Y PARA QUE SIRVE

*El halo craneal es un dispositivo circular o semicircular externo que se fija al cráneo mediante una serie de tornillos. Se puede utilizar para ejercer tracción como en los casos de fracturas, luxaciones, deformidades, tumores y otras patologías etc que lo requieren, o como sistema de inmovilización de la columna cervical en los casos de fracturas y luxaciones. En determinados casos se completa con un dispositivo que se coloca sobre el tronco y que denominamos chaleco que se une al halo mediante barras, a este montaje se le denomina halo-chaleco.*

### 2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

*Por haber sido diagnosticado de*

*.....  
y habiendo considerado otras alternativas, se le recomienda tratar la patología señalada mediante la colocación de un halo de tracción o un halo-chaleco. El objetivo de este procedimiento es la colocación de un dispositivo que puede facilitar la tracción y la inmovilización de la columna vertebral, que se puede utilizar en el preoperatorio de algunas deformidades de la columna, congénitas, idiopáticas, neuromusculares etc. La tracción también se utiliza para el tratamiento de algunas lesiones traumáticas como luxaciones y fracturas.*

*El procedimiento que puede ser realizado con anestesia local o general, consiste en la implantación de unos tornillos o pines que atraviesan la piel y se fijan en el hueso craneal. Estos pines se solidarizan mediante un halo circular o semicircular. En algunos casos ese halo se conecta con un chaleco que en su conjunto proporciona estabilidad a la columna vertebral. Los pines se fijan al cráneo y van roscados al halo. Los pines o tornillos son metálicos por lo que debe comunicar a su médico si presenta alguna alergia o intolerancia a metales. Como los pines se fijan en el cráneo en la región frontal, visible, las cicatrices son visibles y pueden resultar antiestéticas. 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 colocación del halo, aunque es un dispositivo externo no está exento de complicaciones. Estas complicaciones son frecuentes si bien un buen número de ellas no son graves. En general las complicaciones son más graves en los ancianos y en pacientes frágiles. Entre las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer y usted debe de conocer están:

- Aflojamiento e infección de los pines: como los pines atraviesan la piel es muy frecuente que se produzca la infección del pin y en ocasiones su aflojamiento que puede requerir su retirada y colocación de uno nuevo. En algunos casos es necesario retirar todo el dispositivo. Esta es una complicación frecuente.
- Infección profunda: celulitis de la orbita ocular, intracraneal. Es una complicación más rara pero grave.
- Penetración del pin en el espacio craneal con posibilidad de lesión de estructuras internas como meninges, producción de fistulas de líquido cefaloraquídeo, neumocraneo, hematoma subdural
- Lesiones oculares y palpebrales como ptosis,
- Dolor en la zona de inserción de los pines.
- Dolor y rigidez cervical
- Fractura en la zona de penetración de los pines.
- Lesión de nervios como el supraorbital, occipital
- Disfagia: alteración de la deglución.
- Insuficiencia respiratoria, especialmente en ancianos
- Ulceras de decúbito en la zona de inserción
- Fallecimiento: especialmente en los ancianos se describen fallecimientos en pacientes tratados con un halo. Algunas de ellas se han debido a la patología de base.
- También existe la posibilidad de fracaso de la inmovilización de fracturas y luxaciones con el halo, siendo necesario realizar otros procedimientos de inmovilización.

### 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 o cualquier dato que permitiera la identificación del paciente.

Por ello **doy mi consentimiento** para que se proceda a la realización de dicho procedimiento, la colocación de un halo/halo chaleco. (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 a paciente:

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

D./D.º

Firma del paciente

con D.N.I.

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./D<sup>o</sup>.

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>o</sup>. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ o en su caso, ya que no tiene capacidad para decidir en este momento D./D<sup>o</sup>. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ y en calidad de \_\_\_\_\_ 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

Fdo: EL/LA TESTIGO