

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISECTOMÍA – LAMINECTOMIA LUMBAR

Neurocirugía

Dr. Trujillo
Dr. Montero
Dr. Franco
Dr. Barbeito
Dr. Pino
Dr. Muñoz

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Ceballos
Dr. Orozco

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Gutierrez
Dra. Carranza

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

Neuropsicología

Dra. Prián
Dra. Nuñez

Neuropsicología Infantil

Dra. Jurado

Endocrinología

Dr. Leal

¿Qué es la disectomía lumbar?:

Su neurocirujano le ha recomendado una intervención quirúrgica que consiste en retirar parte de uno o más discos intervertebrales de la columna lumbar. El disco es una estructura blanda, que une una vértebra (uno de los huesos que componen la columna) con otra y sirve de "almohadilla" a los huesos. En ocasiones este disco se sale de su sitio y comprime algún nervio, produciendo dolor, acorchamiento o molestias. La disectomía lumbar es retirar parte de ese disco liberando así la raíz que esta comprimida.

¿Para que se realiza?:

Para liberar el nervio del disco que la comprime y aliviar los síntomas.

¿Cómo se hace?:

Se realiza con el paciente dormido completamente (anestesia general). Hay que hacer una incisión o herida en la espalda, mayor o menor en función de su problema. Después se separan los músculos de la espalda y se llega hasta la columna vertebral. En ocasiones hay que retirar parte de hueso y ligamentos de la columna. Con ello se llega al disco y se extirpa, habitualmente de forma parcial, lo que se ha desplazado fuera de su sitio, liberando el nervio/s que tiene afectados. En general, los resultados que se obtienen **compensan** los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

¿Tiene riesgos?:

La zona es delicada, por lo que hay ciertos riesgos, que **no son frecuentes** pero que pueden ocurrir al intervenirlos como se le ha explicado: Infección: Rara (0.25 – 3%).

Hemorragia-hematoma.

Lesión del nervio: El disco puede presionar mucho el nervio y dañarse en la manipulación necesaria para liberarlo.

Fístula de líquido: Los nervios están envueltos en una membrana (saco dural) y bañados por un líquido claro (líquido cefalorraquídeo). Esa membrana puede abrirse y drenar líquido. Esta complicación se trata habitualmente mediante un drenaje, aunque puede ser necesaria una intervención para reparar el defecto.

Fibrosis: La cirugía conlleva posteriormente una cicatrización. La cicatriz puede afectar al nervio que se ha liberado y producir molestias similares a las previas a la intervención. Para evitar este problema solemos colocar un gel que evita la formación de cicatriz.

Dolor lumbar crónico: Algunos enfermos presentan dolor de espalda mucho tiempo después de operarse (El daño que tuviera establecido la raíz, a veces la fibrosis, la artrosis previa de la columna son las principales causas).

Recidiva: Un porcentaje variable de enfermos, sobre el 10-15% y a lo largo del tiempo, pueden volver a tener un nuevo trozo de disco o hueso que comprima el nervio y que puede requerir una nueva intervención.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas.

Debe saber que si ocurre cualquier complicación, todos los medios médicos y técnicos del hospital están preparados para intentar solucionarlas.

¿Hay otras alternativas?:

Muchos pacientes con dolor pueden mejorar sin intervenir. Sin embargo su neurocirujano le habrá propuesto esta intervención por:

- 1) No mejorar con tratamiento médico o tener un dolor tan intenso que no le permita esperar a la posible mejoría.
- 2) Presentar síntomas serios como pérdida de fuerza u otros.

En todos estos casos la cirugía puede acortar las molestias e impedir que progresen los síntomas. Los resultados globales de la hernia discal lumbar intervenida son: el 70% libre completo de síntomas, el 20% mejoría clara pero con molestias ocasionales, y el 10% mejoría muy parcial o ausencia de mejoría

Manifiesto que tras la información recibida estoy conforme con la realización de dicho procedimiento. También soy consciente de que puedo rechazar/revocar la realización de la intervención y/o prueba en cualquier momento sin necesidad de justificarlo, siendo necesario únicamente comunicar a IENSA el rechazo de la intervención y/o prueba.

DNI. _____

Representan autorizado _____

DNI. _____

Dr. D. _____

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza de la intervención, de posibles alternativas a la misma, y de los riesgos que la misma conlleva.

Fecha _____

Sus datos (pruebas complementarias, grabación de la intervención, etc.) entraran en nuestra base de datos, y podrán ser utilizados para su uso con fines docentes y/o formativos médicos, siempre obviamente manteniendo su total anonimato. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

RELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE COLUMNA LUMBAR VÍA POSTERIOR-DISCECTOMIA.

Las complicaciones más frecuentes o más graves se han descrito anteriormente. Sin embargo, debajo se relacionan, de forma más exhaustiva la mayoría de las complicaciones posibles, de acuerdo con las directrices de la **Sociedad Española de Neurocirugía**. No dude en preguntar al neurocirujano que le atiende.

COMPLICACIONES GENERALES.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES:

Úlcera por stress o por medicamentos que hay que administrarle.

TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLISMO AÉREO, (más frecuente en trauma espinal y tumor cerebral).

Trombosis venosa profunda, (4,3%).

Tromboembolismo pulmonar, (0,5%).

FRACASO RESPIRATORIO AGUDO.

INFECCIÓN HOSPITALARIA.

NEUMONÍA, más en enfermos con bajo del nivel de conciencia y en aquellos inmunodeprimidos, (defensas bajas).

INFECCIÓN URINARIA, en enfermos sondados, inmunodeprimidos, etc...

COMPLICACIONES DE LA MONITORIZACIÓN INVASIVA: (cuando se realiza).

Catéteres arteriales: trombosis, isquemia-necrosis de las zonas trombosadas, infección.

Catéter venoso central, catéter arterio-pulmonar, cateterismo de vena subclavia o de vena yugular:

Lesión de la carótida, pleura, plexo braquial o tráquea.

Trombosis venosa, hemotórax, neumotórax, perforación arterial o de la pared ventricular, infección, sepsis...

INFECCIONES (en negrita al grupo que pertenece esta intervención):

I Cirugía sucia. (Enfermos infectados previamente. Abscesos, empiema, osteitis, infección cutánea):

Infección superficial, (3,5%).

Infección profunda, (5,6%).

II Cirugía contaminada. (Enfermos con heridas abiertas, fistulas de L.C.R., segundas intervenciones):

Infección superficial, (3,1%).

Infección profunda, (6,6%).

III Cirugía limpia contaminada. (Cirugía en contacto con senos nasales, fractura de cráneo, cirugía de duración mayor a 2 horas):

Infección superficial, (1,6%).

Infección profunda, (5,1%).

IV Cirugía limpia con cuerpo extraño. (Material de fijación vertebral, válvulas, clips, plastias durales, plastias craneales, etc...):

Infección superficial, (1,7%).

Infección profunda, (4,34%).

V Cirugía limpia:

Infección superficial, (1,9%).

Infección profunda, (0,7%).

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL.VIA POSTERIOR.

- 1) Mortalidad (0,02%).
- 2) No mejoría de la clínica que motivó la intervención (4 -16%).
- 3) Déficit radicular. (de un nervio), transitorio, (1,2-19%).
- 4) Déficit radicular (de un nervio), persistente, (0,4%).
- 5) Necesidad de reintervención precoz por la sintomatología que motivó la primera intervención (2,8-11%).
- 6) Persistencia síndrome de cauda equina (Lesión radicular múltiple) (0,8-1,9%).
- 7) Cambios degenerativos de los discos que hay por encima y por debajo de la zona intervenida.
- 8) Fístula de líquido cefalorraquídeo (salida a través de la herida o acumulación bajo la piel) (0,1-0,9%).
- 9) Infección: superficial (herida operatoria 0,9-6,8%).
- 10) Infección: meningitis (0,2-0,3%).
- 11) Infección: discitis (0,4-3%).
- 12) Lesión visual, en intervenciones en decúbito prono (Complicación muy infrecuente).
- 13) Lesión vasos abdominales (complicación muy infrecuente).
- 14) Lesión uréter (complicación muy infrecuente).