

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISECTOMÍA – INJERTO CERVICAL

### 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 o injerto intersomática cervical?:

Su neurocirujano le ha recomendado una intervención que consiste en retirar uno o más discos intervertebrales de la columna cervical y sustituirlos. El disco es una estructura blanda, que une una vértebra con otra y sirve de "almohadilla" a los huesos. En ocasiones, este disco se sale de su sitio y comprime algún nervio o la médula espinal produciendo dolor, acorchamiento o molestias en los miembros superiores. Los síntomas en los miembros inferiores, en la marcha, o incluso, al orinar, pueden deberse, también, a problemas en la columna cervical. Además, unos picos de hueso, (osteofitos), que se forman en la columna también pueden producir problemas. La disectomía cervical es retirar ese disco. El injerto intersomático es colocar, en el espacio que ocupaba el disco, un material que ayude a fusionar las vértebras formando hueso.

#### ¿Para que se realiza?:

Para liberar el nervio, raíz o médula cervical del disco o hueso 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 el cuello. Después, se separan los músculos del cuello y se llega hasta la columna vertebral. Con ello, se accede al disco y se extirpa, habitualmente en pequeños trozos, liberando el nervio/s que tiene afectados. A veces, es necesario también extirpar los osteofitos que comprimen la médula. Luego se coloca el material: puede ser del propio enfermo, (de la cadera); del banco de huesos del hospital, (de donantes de órganos); o sintéticos (lo aceptado actualmente). Puede ser necesaria la colocación de una placa metálica para impedir cualquier movilidad (en raras ocasiones en hernia cervical no traumática).

En general, los resultados que se obtienen **compensan** los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

#### ¿Tiene riesgos? :

La zona es extremadamente delicada, por lo que hay ciertos riesgos, que **no son frecuentes**, al intervenirlos como se le ha explicado:

No mejoría de la clínica que motivó la intervención total o parcial, (4-10 %).

Infección, hemorragias o hematomas: muy raras.

Lesión del nervio o de la médula: extremadamente raras. El disco puede presionar mucho el nervio y dañarse en la manipulación necesaria para liberarlo. Dependiendo del disco operado puede producirse pérdida de fuerza en piernas (paraplejía), o en brazos y piernas (tetraplejía). Riesgo entre el 0.1 y el 0.8 %.

Rigidez cervical. La fusión de varias vértebras, habitualmente, **no** produce síntomas, aunque algunos enfermos notan cierta rigidez en los movimientos del cuello.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas.

#### ¿Hay otras alternativas?:

Muchos pacientes con dolor pueden mejorar sin intervención. 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 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.

**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 VÍA ANTERIOR CON Y SIN INJERTO ÓSEO.

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, fístulas 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 ESPECÍFICAS DE LA CIRUGÍA DE COLUMNA CERVICAL. VÍA ANTERIOR.

Mortalidad, (0-3%).

Lesión medular nueva, (0,2-1%).

Lesión medular cuando ya existía antes de la intervención (agravamiento), (0,5-3,3%).

Déficit radicular, (de un nervio), transitorio, (1,2-19%).

Déficit radicular, (de un nervio), persistente, (0,4%).

Dolor interescapular o en hombros postoperatorio.

Fístula de líquido cefalorraquídeo, (salida a través de la herida o acumulación bajo la piel). Muy infrecuente.

Lesión vascular. Lesión de la arteria carótida y/o arteria vertebral: complicación muy infrecuente.

Lesión del nervio recurrente, (produce ronquera tras la intervención), (0,2-4%).

Lesión del plexo cervical, (Sd. de Horner). Produce una dilatación de la pupila y sensaciones raras en la cara. Suele desaparecer en pocas semanas. Muy infrecuente.

Neumotórax, (aire dentro del tórax pero fuera del pulmón). Complicación muy infrecuente.

Perforación del esófago. Complicación muy infrecuente.

Subluxación, (movilidad excesiva de las vértebras). Complicación muy infrecuente.

Infección: superficial, (de la herida), discitis (del disco, 0,2-1,9%), meningitis o abscesos, (complicación muy infrecuente).

Edema laríngeo, (ronquera). Normalmente, desaparece en pocos días aunque, en ocasiones, puede ser definitiva.

Disfagia, (dificultad de deglución). Casi constante, normalmente desaparece en pocos días.

### COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL INJERTO ÓSEO O PLACAS DE FIJACION

Cambios degenerativos de los discos que hay por encima y por debajo de las zonas del injerto óseo.

Extrusión, (salida).

Rotura.

Infección.

Pseudoartrosis, (el injerto no ha fusionado adecuadamente).

Hematomas y dolor de la zona de donde se seca el injerto.

Movilización de la placa.

Todas son complicaciones muy infrecuentes.