

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAMINECTOMIA CERVICAL Y FIJACIÓN CERVICAL POSTERIOR

### 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 laminectomía cervical y fijación cervical posterior?:

Su neurocirujano le ha recomendado una intervención que consiste en retirar uno o más laminas vertebrales de la columna cervical para mejorar una compresión medular por una estenosis del canal cervical. La estenosis de canal cervical produce una compresión medular con el consiguiente sufrimiento de la misma y el desarrollo de una enfermedad que se denomina "mielopatía cervical". La fijación posterior conlleva que una vez realizada la laminectomía cervical procedemos a colocar un sistema de fijación mediante tornillos y barras para evitar que exista o aparezca una inestabilidad de columna cervical.

#### ¿Para que se realiza?:

Para liberar la médula cervical que se encuentra comprimida por una estenosis, y como hemos comentado desarrolla una enfermedad que se denomina la mielopatía cervical. La mielopatía cervical es una enfermedad que se va desarrollando lentamente y de forma progresiva en la que el paciente va desarrollando una torpeza en la marcha, hormigueo en las manos, torpeza para los movimientos finos de las manos, y en fases más avanzadas, desarrolla pérdida de fuerza importante (incluso con tetraplejía), y alteración de los esfínteres. En ocasiones se realiza por presentar un dolor radicular que obliga a una liberación de una o varias raíces.

La fijación posterior se realiza para evitar la aparición de un cuadro de inestabilidad de la columna cervical, que llevaría a una deformidad progresiva y a una compresión medular en sus fases avanzadas con lo que lo que queríamos evitar no lo hayamos conseguido.

#### ¿Cómo se hace?:

Se realiza con el paciente dormido completamente, (anestesia general).

Hay que hacer una incisión o herida en la región cervical posterior, en línea media. Después, se separan los músculos posteriores del cuello y se llega hasta la columna vertebral. Con ello, exponemos las laminas que vamos a realizar la laminectomía, que en ocasiones puede ser 1 o 2 pero muy frecuentemente puede llegar a ser 5 o 6. La colocación de una fijación mediante tornillos y barras de titanio para impedir un aumento de la movilidad.

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**, pero que si son posibles:

Falta de mejoría de la clínica que motivó la intervención, de forma total o parcial, (4-10 %).

Infección, hemorragias o hematomas: muy raras.

Lesión del nervio o de la médula: muy raras. La estenosis de la columna cervical puede presionar mucho la médula y dañarse en la manipulación necesaria para liberarla. Dependiendo del nivel operado puede aparecer pérdida de fuerza en los brazos o piernas, aun siendo una complicación rara NO es excepcional.

Inestabilidad de la columna cervical. En ocasiones el hecho de realizar varias laminectomías puede llevar a la presentación de una cifosis de la columna cervical.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas.

#### ¿Hay otras alternativas?:

Los pacientes que presentan indicación de intervención por una compresión medular cervical con mielopatía cervical y pérdida de fuerza progresiva, en principio NO presentan otra alternativa, aunque por supuesto que se puede optar por:

1) No intervenir PERO por supuesto tener claro que todo lo que empeore el paciente luego NO siempre se recuperará tras la intervención quirúrgica, y que la cirugía es normalmente para frenar la evolución de la enfermedad.

2) la intervención por vía anterior, pero normalmente cuando se plantea la intervención por vía posterior es por que es necesario una descompresión más amplia y en la región más posterior.

**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 POSTERIOR CON Y SIN SISTEMA DE FIJACIÓN POSTERIOR.

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 POSTERIOR.

Mortalidad, (0-3%).

Lesión medular nueva, (0,2-1%). En publicaciones antiguas se refieren frecuencias de hasta el 5%. Si hay que insistir que a pesar de una técnica perfecta o excelente no podemos descartar el empeoramiento clínico en algunos pacientes ya que el grado de compresión es tan importante que la mera descompresión es una agresión a la médula.

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

Déficit radicular, en el abordaje posterior es muy raro cifrandose en menos del 0,5%

Dolor interescapular o en hombros postoperatorio.

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

Lesión vascular. Lesión de la arteria vertebral: complicación muy infrecuente si no se realiza fijación posterior.

Hematoma y compresión medular que requiera evacuación del hematoma, menor al 2%

Subluxación, (movilidad excesiva de las vértebras). Complicación poco frecuente pero se cifra el aumento de la cifosis entre un 1-4%, muy influido por la edad del paciente (mayor edad menor posibilidad), y el número de láminas ressecadas.

Infección: superficial (de la herida) menor del 1%, meningitis o abscesos, (complicación muy infrecuente).

### COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA FIJACIÓN POSTERIOR CON TORNILLOS Y BARRAS

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

Movilización del sistema de fijación, con desplazamiento de los tornillos o de las barras.

Lesión de la arteria vertebral por un tornillo.

Rotura del sistema de fijación.

Rotura de la duramadre con salida de LCR y creación de una fístula de LCR

Infección.

Hematoma en la zona de la laminectomía y fijación con la consecuente compresión medular.

Pseudoartrosis, (el injerto no ha fusionado adecuadamente).

Hematomas y dolor de la zona de donde se obtiene el injerto

Todas son complicaciones muy infrecuentes (podemos cifrarlas en menor al 1%)