

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTRODESIS LUMBAR INSTRUMENTADA mediante XLIF

### 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. Gutiérrez  
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 artrodesis lumbar instrumentada con sistema XLIF?:

Su neurocirujano le ha recomendado una intervención quirúrgica que consiste en retirar uno o más discos de la columna lumbar si no se habían retirado ya en intervenciones anteriores, liberar los nervios que pudieran estar comprimidos y fijar las vértebras para que no se muevan mediante hueso del paciente, Cajas de material sintético, tornillos y barras. En ocasiones únicamente se realiza la fijación de la columna SIN reseca los discos

#### ¿Para que se realiza?:

Para liberar las raíces del disco o hueso que las comprime y aliviar los síntomas. Para impedir la movilidad excesiva de algunas vértebras, con fracturas, artrosis, intervenciones anteriores o malformaciones congénitas.

#### ¿Cómo se hace?:

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

Hay que hacer una incisión o herida en la espalda, el Torax o el vientre, mayor o menor en función del número de vértebras a intervenir. Después se separan los músculos o estructuras de la cavidad abdominal o torácica y se llega hasta la columna vertebral. A continuación se reseca (extirpa) el disco inter vertebral, osteofitario o trozos de la propia vértebra liberando el nervio/s o médula que tiene afectados en un amplio trayecto. Posteriormente puede extraerse hueso del paciente (de la cadera, o espinosas) que se implanta en el espacio discal o en su defecto otro material compatible con el organismo a través del abordaje seleccionado. En ocasiones se colocan unos tornillos en las vértebras en el lateral o a través de una parte de las mismas llamada "pedículo" y se fijan con barras o placas según el caso. Finalmente se cierra la herida, puede colocarse un drenaje según el caso.

En general, los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos. Así mismo el cirujano puede variar la técnica quirúrgica que considere según los hallazgos intra operatorios

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:

**Infeción:** Rara (3-8%).

**Hemorragia-hematoma.**

**Lesión del nervio:** El disco, el hueso o el material quirúrgico pueden presionar mucho algún nervio y dañarse en la manipulación necesaria para la intervención. En la colocación de los tornillos o las cajas, alguno puede rozar uno de los nervios y producir molestias en el postoperatorio. En el Xlif es frecuente la debilidad transitoria del Psoas, en pocas situaciones permanente.

**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.

**Dolor lumbar postquirúrgico:** Algunos enfermos presentan dolor de espalda intenso en el postoperatorio, pero es posible tratarlo de forma satisfactoria con analgésicos intensos.

**Problemas con la instrumentación:** De forma excepcional pueden salirse algunos tornillos de su sitio, romperse o quedar inadecuadamente colocados lo que obliga a retirarlos o colocarlos nuevamente mediante otra intervención quirúrgica, normalmente de menor entidad. 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, pero estas intervenciones se suelen indicar en enfermos que ya han intentado múltiples tratamientos o cuya columna lumbar es inestable y presenta síntomas progresivos. En todos estos casos la cirugía puede acortar las molestias e impedir que progresen los síntomas. Los resultados globales de la instrumentación de la columna lumbar 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-ARTRODESIS INTERSOMÁTICA.

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 AEREO, (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 DE LA CIRUGÍA DE LA INSTRUMENTACION DE LA COLUMNA LUMBAR. VIA LATERAL

- 1) Mortalidad (0,15-0,29%).
- 2) Lesión de estructuras neurales (0,38%).
- 3) Trombosis venosa profunda concretamente en instrumentación de columna lumbar (0,6%-1%)
- 4) Patología del segmento adyacente, por sobrecarga el disco intervertebral superior se degenera y provoca síntomas (1,3%)
- 5) Necesidad de reintervención precoz por la sintomatología que motivó la primera intervención (1,2%-3,5%).
- 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) Rabdomiolisis con componente de fracaso renal (excepcional)
- 10) Lesión visual, en intervenciones en decúbito prono (Complicación muy infrecuente, se cifra en 0,094%).
- 11) Lesión vasos abdominales (complicación muy infrecuente).
- 12) Lesión uréter (complicación muy infrecuente).