

## Neurocirugía

Dr. Trujillo  
Dr. Montero  
Dr. Franco  
Dr. Barbeito  
Dr. Pino  
Dr. Batista

## Neurología

Dr. Gata  
Dr. Márquez  
Dr. Lobato

## Neurofisiología

Dr. Rodríguez  
Dr. Moreno  
Dra. Carranza

## Anestesia

Dra. Gracia  
Dr. Gutierrez

## Unidad del Dolor

Dr. Castillo  
Dr. Suarez

## Neuropsicología

Dra. Prian  
Dra. Nuñez

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAMINECTOMIA LUMBAR PARA ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR

### ¿Qué es la estenosis de canal lumbar?:

Su neurocirujano le ha recomendado una intervención quirúrgica que consiste en aumentar el diámetro del canal de la columna lumbar. El canal lumbar (cervical o torácico) es el orificio que se encuentra entre el cuerpo vertebral y sus laminas por el que pasa la médula a nivel cervical y torácico, y en la columna lumbar pasan las raíces de la cola de caballo. Si se encuentra muy estrecho provoca una compresión de las estructuras nerviosas que van a los MMII provocando un cuadro típico de claudicación e imposibilidad para la marcha, obligando normalmente al paciente a sentarse cuando camina unos metros. El cuadro clínico es claramente progresivo y degenerativo por lo que los síntomas van progresando si no se soluciona el problema de forma quirúrgica.

### ¿Para que se realiza la laminectomía lumbar en la estenosis de canal lumbar?:

Para liberar los nervios en un canal estrecho que condiciona una compresión sobre los mismos y la sintomatología descrita anteriormente.

### ¿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 (niveles a abordar). Después se separan los músculos de la espalda y se llega hasta la columna vertebral. Normalmente hay que retirar parte de hueso y ligamentos de la columna con mayor o menor exposición según la anatomía de cada paciente. Con ello se llega al canal que se amplía, habitualmente de forma parcial, en la zona más comprimida que exista, liberando los nervios que tiene afectados. En general, los resultados que se esperan obtener **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.

Fistula 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. Es algo más frecuente que en la hernia de disco simple.

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?

A diferencia de la hernia discal normalmente el cuadro NO mejora nunca ya que es un proceso típicamente degenerativo por lo que cuando aparecen los síntomas el cuadro va lentamente (variando en cada paciente) a peor.

**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 \_\_\_\_\_

## RELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR.

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):

Infeción superficial, (3,5%).

Infeción profunda, (5,6%).

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

Infeción superficial, (3,1%).

Infeción profunda, (6,6%).

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

Infeción superficial, (1,6%).

Infeción profunda, (5,1%).

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

Infeción superficial, (1,7%).

Infeción profunda, (4,34%).

#### **V Cirugía limpia:**

**Infeción superficial, (1,9%).**

**Infeción profunda, (0,7%).**

## COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL ESTENOSIS DE CANAL.VIA POSTERIOR.

- 1) Mortalidad (0,2%). Algo mas alta que en la hernia de disco debido al grupo de edad en esta patología (son personas mas mayores).
- 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) (2%).
- 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).