

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 CIRUGÍA DE FRACTURA DE ODONTOIDES.

¿Qué es una fractura de odontoides?:

La segunda vértebra cervical (denominada "axis") tiene una protuberancia ósea en su parte anterior (denominada "apófisis odontoides"), que se eleva hasta articularse con la primera vértebra cervical (o "atlas"). □

Al quedar un extremo de la odontoides libre y sujeto sólo por unos ligamentos que no son muy potentes, puede llegar a desplazarse y comprimir la médula espinal. La compresión de la médula espinal en sus primeros segmentos cervicales, puede producir lesiones neurológicas graves e incluso la muerte. Por eso, es esencial evitar la posibilidad de que se desplace.

¿Para que se realiza?:

Típicamente la fractura de odontoides tiene alta posibilidad de no llegar a fusionar el hueso si no se inmoviliza quirúrgicamente mediante una intervención quirúrgica.

¿Cómo se hace?:

Se hace con el paciente dormido completamente (anestesia general pero sedación).

Existen dos técnicas fundamentales: abordaje anterior con la colocación de un tornillo a través de la vertebra fijando la odontoides, o un abordaje posterior con fijación de las laminas de C1 y C2 o mediante tornillos de las articulares posteriores de C1 y C2

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

¿Tiene riesgos? .

Dentro de la complejidad del abordaje podemos considerar que **son poco frecuentes**:

Lesión de la medula

Lesión de la carótida y/o vertebral

Complicaciones de la cirugía:

Infección: En aproximadamente un 1% de los pacientes.

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?

Normalmente usted está en una situación en la que ya se han intentado la mayoría de los tratamientos alternativos. Además, la falta de tratamiento lleva a un empeoramiento clínico del paciente.

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 FRACTURA DE ODONTOIDES

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, plástias durales, plástias craneales, etc...):

Infección superficial, (1,7%). Infección profunda, (4,34%).

V Cirugía limpia:

Infección superficial, (1,9%). Infección profunda, (0,7%).

COMPLICACIONES ESPECIFICAS DE LA CIRUGÍA DE FRACTURA DE ODONTOIDES

Abordaje anterior

- Falta de fusión puede llegar al 5%, aunque se puede posteriormente plantear una fusión posterior
- Rotura de tornillo 1,5%, disfgia, hematoma retrofaringeo, o aspiración
- Malposición del tornillo un 2%

Abordaje posterior

- **Tornillos trasarticulares**
- Lesion de la arteria vertebral
- Lesión medular por colocación medial del tornillo
- **Fusion translaminar**
- Lesión medular en la colocación de los alambres
- Falta de fusión
- Hematoma epidural con compresión medular
- Fistula de LCR
- Dolor cervical posquirúrgico
- Rotura del sistema
- Falta de fusion