

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 CIRUGIA DE HERNIA DORSAL

¿Qué es la hernia dorsal?:

Su neurocirujano le ha recomendado una intervención quirúrgica que consiste en retirar uno o más discos de la columna dorsal 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, tornillos, barras, placas y colocación de implantes dentro del disco. En ocasiones únicamente se realiza la fijación de la columna SIN resear los discos. Aunque también se puede plantear extirpar de forma parcial o totalmente una parte de una vértebra. Si el hueso es muy blando se puede plantear colocar los tornillos cementados para que tengan un anclaje mas fueren el hueso.

¿Que es la Corpectomía/ Osteotomía?:

En algunas situaciones su Neurocirujano le puede plantear la necesidad de tener que quitar de forma completa o parcial una parte de una vértebra (osteotomía una pequeña porción) para poder liberar la medula y los nervios, desarticular una falsa articulación o quitar un tumor. Puede requerir remplazar ese hueso con una prótesis o en ocasiones no es necesario, para ello puede tener que quitar los discos vertebrales adyacentes o prótesis que tenga implantadas previamente. Al necesitar una Intervención compleja el cirujano puede requerir alguna técnica, colocación de prótesis o material que no le planteara de forma previa a la intervención, pero dadas las circunstancias y los hallazgos lo requiera.

¿Para que se realiza?:

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

¿Cómo se hace?:

El procedimiento variara según se lo explique su cirujano dado que se trata intervención compleja Se realiza con el paciente dormido completamente (anestesia general).

Hay que hacer una incisión o herida en la espalda, el vientre, o el costado de mayor o menor tamaño en función del número de vértebras a intervenir. Puede participar otro especialista según la zona. Después se separan los tejidos y se llega hasta la columna vertebral. A continuación se liberan el nervio/s, o la medula que tiene afectados. Posteriormente se puede extraer hueso del enfermo (de la cadera, o espinosas) o colocar una prótesis específica para la zona. Se puede plantear colocar unos tornillos en las vértebras con barra o Placa dependiendo de la zona y cementar los mismos si se considera necesario. Finalmente se coloca el hueso extraído y se cierra la herida, en ocasiones con un drenaje.

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

¿Tiene riesgos?

Las hernias dorsales tienen un riesgo especial cuando se operan por vía posterior debido a la peculiar vascularización de la médula espinal, siendo muy alto, entre 12-30 % el riesgo de paraplejía. Es por ello que se aconseja utilizar una vía anterior, a través del tórax o por endoscopia torácica, o por una vía lateral que obliga a extirpar parte de la articulación que une la costilla a la vértebra afectada.

La zona es delicada, por lo que hay ciertos riesgos, que no son frecuentes pero que pueden ocurrir al intervenirlos:

Infección: Rara (3-8%).

Aunque existe el riesgo común a cualquier cirugía como el sangrado, infección de la zona operada, o alteraciones cardiorrespiratorias, el riesgo principal es el daño medular con afectación de la fuerza o de la sensibilidad en miembros inferiores y/o alteración de los esfínteres anal o vesical.

Las hernias pueden reproducirse 5-7 %.

Si se practica una abertura del tórax pueden aparecer riesgos de hemotórax, neumotórax, quilotorax o dolor prolongado a nivel de las costillas afectadas.

Hemorragia-hematoma: La columna al estar cerca de vasos de gran calibre puede producirse una rotura de los mismos.

Lesión de nervios o medula: El disco o el hueso pueden presionar mucho el nervio y dañarse en la manipulación necesaria para liberarlo. En la colocación de los tornillos, prótesis o quitar una parte de la vértebra se puede lesionar uno de los nervios y producir molestias en el postoperatorio. Dependiendo de la estructura que se dañe serán los síntomas, desde paraplejía, pérdida de fuerza o sensibilidad, incontinencia urinaria o fecal, eyaculación retrograda, ETC.

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 cierre quirúrgico y un drenaje.

Dolor 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 o la colocación de prótesis: De forma excepcional pueden salirse algunos tornillos o la prótesis de su sitio, romperse o quedar inadecuadamente colocados lo que obliga a retirarlos o colocarlos nuevamente mediante otra intervención quirúrgica.

En determinadas ocasiones si la lesión es muy grande a pesar de realizar lo correcto los síntomas neurológicos pueden no mejorar por que estén establecidos y permanezcan como secuela

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas.

Fuga de cemento al canal espinal que puede comprimir las estructuras nerviosas, o migrar cemento a venas de la zona que no tiene incidencia clínica o a pulmón que suele ser infrecuente y de poca cantidad.

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 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 _____

VRELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE COLUMNA LUMBARÍA 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.

Perforación de visera Hueca. (Esofago, etc)

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, quilotorax, 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, 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

- 1) Mortalidad (0,15-0,29%).
- 2) Lesión de estructuras neurales, PARAPLEGIA. (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 cola de caballo (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 (complicación muy infrecuente).
- 12) Lesión uréter (complicación muy infrecuente).

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA RETIRADA DE LA INSTRUMENTACIÓN LUMBAR.

- 1) Rotura del material de instrumentación, y la imposibilidad de extracción del mismo. Normalmente NO provoca problema.
- 2) Acumulo en la herida quirúrgica. Seroma, hematomas, y posibilidad de infección (con el porcentaje arriba explicado).
- 3) Salida de LCR. Si el material de instrumentación esta tapando una salida de LCR al retirarlo se produce (excepcional).
- 4) Necesidad de recolocar un sistema de fijación (puede ser necesario si el paciente mantiene inestabilidad de columna lumbar).

COMPLICACIONES ESPECÍFICAS DE VERTEBROPLASTIA

1. Salida de material (metacrilato). Se mantiene en el 3-4%, siempre insistiendo en que el control con Rx nos permite la interrupción del procedimiento.
 1. Hacia partes blandas. No revierte problema alguno.
 2. Hacia el disco. No tiene igualmente importancia.
 3. Hacia el canal medular. Si presenta importancia, cifrándose en menos del 1% de los casos, pero siendo la compresión radicular o medular realmente excepcional.
 4. Hacia el sistema venoso. En ocasiones ocurre una salida de material al sistema venoso, pero sin repercusión en el resto del organismo.
2. Radiculopatía. Hasta en un 5%, siendo en la mayoría de los casos transitoria y debiéndose en muchos casos a la disipación del calor que se genera en la consolidación del material de la Vertebroplastia.
3. Fractura de pedículo. Excepcional.
4. Fractura de costilla. Excepcional.
5. Fractura de apófisis transversa. Excepcional.
6. Punción de los grandes vasos (aorta o cava). Excepcional.
7. Pneumotorax. Excepcional. □