

Neurocirugía

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ELECTROTERMOCOAGULACIÓN INTRADISCAL (IDET de sus iniciales en Ingles) PARA PATOLOGÍA DISCAL LUMBAR

¿Qué es la electrotermocoagulación intradiscal en pacientes con discos degenerados?:

En algunas ocasiones encontramos pacientes con sintomatología secundaria a alguna patología discal lumbar sin llegar a encontrar una clara hernia discal. En estos pacientes los hallazgos más frecuentes en RNM es lo que denominamos un "disco negro", terminología que orienta a un cambio en la intensidad del disco intervertebral en la secuencia de T2. En estos pacientes el disco se ha degenerado y en ocasiones presentan pequeñas protusiones discales o únicamente un ligero abombamiento, por lo que NO se plantea una cirugía abierta para reseca el disco intervertebral y la termocoagulación es una alternativa.

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Lobato

¿Para que se realiza?:

Se consigue reducir ligeramente el tamaño del disco, se anulan las terminaciones nerviosas intradiscales que transmiten el dolor discogénico, y conseguimos dar mayor consistencia al disco intervertebral.

¿Cómo se hace?:

Se realiza con el paciente dormido (sedación y anestesia local). Hay que hacer una punción del disco con una aguja e introducimos un catéter en el disco intervertebral y dicho catéter se calienta a 90 grados durante 15 minutos. Con ello se llega a realizar el proceso anteriormente explicado y con ello mejorar los síntomas del paciente.

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

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Carranza

¿Tiene riesgos?:

La zona es delicada, por lo que hay ciertos riesgos, que **no son frecuentes** pero que pueden ocurrir al intervenir como se le ha explicado:

Infección: excepcional ya que es una técnica percutánea.

Lesión del nervio: El disco puede presionar mucho el nervio y dañarse en la introducción de la aguja.

Fístula de líquido: Igualmente excepcional.

Falta de solución del problema: en algunos casos no conseguimos eliminar el dolor del paciente y requiere cirugía abierta.

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Debe saber que si ocurre cualquier complicación, todos los medios médicos y técnicos del hospital están preparados para intentar solucionarlas.

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

¿Hay otras alternativas?:

La alternativa es la cirugía abierta mediante disectomía. En nuestro caso la serie analizada ha encontrado que en el 65% de los casos se soluciona el problema y no debemos realizar una cirugía abierta, en el 35% de los casos no conseguimos solucionar el dolor, y en algunos casos debemos plantear en un segundo tiempo la cirugía abierta, mediante microdisectomía.

Neuropsicología

Dra. Prian
Dra. Nuñez

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 TERMOCOAGULACIÓN INTRADISCAL (IDET mediante SpineCath).

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 DE LA CIRUGÍA DE LA COLUMNA VERTEBRAL.VIA POSTERIOR.

1. Mortalidad: no hay descrito en la literatura muerte por IDET
2. Fístula de LCR. Excepcional en menos de 0,001%
3. Lesión de grandes vasos, excepcional
4. Síndrome de Cauda Equina, hay algún caso descrito en la literatura, pero excepcional.