

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 ARTRODESIS LUMBAR INSTRUMENTADA Y PARA LA RETIRADA DE INSTRUMENTACION DE COLUMNA LUMBAR

¿Qué es la artrodesis lumbar instrumentada?:

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, tornillos y barras. En ocasiones únicamente se realiza la fijación de la columna SIN resear 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, mayor o menor en función del número de vértebras a intervenir. Después se separan los músculos de su espalda y se llega hasta la columna vertebral. A continuación se liberan el nervio/s que tiene afectados en un amplio trayecto. Posteriormente se extrae hueso del enfermo (de la cadera, o espinosas). Se colocan unos tornillos en las vértebras a través de una parte de las mismas llamada "pedículo" y se fijan con barras. 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?

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

Infección: Rara (3-8%).
Hemorragia-hematoma.

Lesión del nervio: El disco o el hueso pueden presionar mucho el nervio y dañarse en la manipulación necesaria para liberarlo. En la colocación de los tornillos, alguno puede rozar uno de los nervios y producir molestias en el postoperatorio.

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 _____

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, 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 LUMBAR. VIA POSTERIOR

- 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).
- 13) Rotura del material de instrumentación a largo plazo.

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).