

## 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 VERTEBROPLASTIA Y/O CIFOPLASTIA

### ¿Qué es la Vertebroplastia?:

Es una técnica quirúrgica en la que se introduce en la vértebra mediante punción percutánea (a través de la piel), y utilizando una aguja, polimetilmetacrilato (también llamado "cemento" de metacrilato). El acceso a la vértebra se realiza a través del pedículo vertebral o por vía extrapedicular. En el caso de la Cifoplastia es la introducción de un balón que se infla dentro de la vértebra, la eleva, crea un espacio que posteriormente rellenamos con cemento de metacrilato. □

### ¿Para que se realiza?:

Su principal indicación son los pacientes con fracturas aplastamiento vertebrales. Dichas fracturas generan un gran dolor que no le permite a los pacientes prácticamente ninguna actividad, ya que aumenta el dolor con la deambulación y al ponerse de pie. En ocasiones ni siquiera con analgésicos potentes conseguimos controlar el dolor.

En ocasiones se puede utilizar en pacientes con fracturas vertebrales secundarias a tumores vertebrales. □

### ¿Cómo se hace?:

Normalmente se lleva a cabo en Quirofano, normalmente con anestesia general, aunque por su poca invasividad el paciente puede ser alta al día siguiente. Se introduce una aguja en la vértebra, bien por vía transpedicular (atravesando el pedículo de la vértebra) o bien extrapedicular (por fuera del pedículo vertebral), y comprobando la correcta colocación de la aguja mediante Rx intraoperatorios se procede a la introducción del cemento, siempre comprobando la ausencia de fugas de material mediante Rx intraoperatorios. □

### ¿Tiene riesgos?

Los riesgos principales se pueden resumir en la punción de la vértebra (punción de otras estructuras) y en la extravasación del cemento (para ambas complicaciones se realiza en todo momento un control con Rx intraoperatorios) □

### Complicaciones

Salida de material (metacrilato) al canal medular. Muy raro pero puede ocurrir. En cualquier caso se realiza la intervención con control de Rx intraoperatorios y si existe salida de material se interrumpe la introducción del mismo. No obstante no estamos exentos de esta posibilidad.

Radiculopatía por lesión de alguna raíz. Normalmente en la introducción de la aguja puede ocurrir esta complicación.

Lesión de pedículo

Lesión de grandes vasos. Excepcional.

**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. Sin embargo su neurocirujano le habrá propuesto esta intervención por:

- 1) No mejorar con tratamiento médico o tener un dolor tan intenso que no le permita esperar a la posible mejoría.
- 2) En algunos casos en los que la angulación de la columna es muy marcada puede ser necesario otro tipo de intervención mediante fijación de la columna con una instrumentación.
- 3) Si existe compresión de estructuras del sistema nervioso puede ser necesario una descompresión quirúrgica con o sin Vertebroplastia posterior.

En todos estos casos la cirugía puede acortar las molestias e impedir que progresen los síntomas.

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

## COMPLICACIONES GENERALES EN NEUROCIRUGIA.

### COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES:

Úlcera por estrés 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.

NEUMONIA, 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 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.