

Información/Consentimiento informado sobre CIRUGÍA ABIERTA DE COLUMNA LUMBAR

NOMBRE:

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento quirúrgico que le proponemos y las complicaciones más frecuentes que pudieran ocurrir. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

1. PROCEDIMIENTO

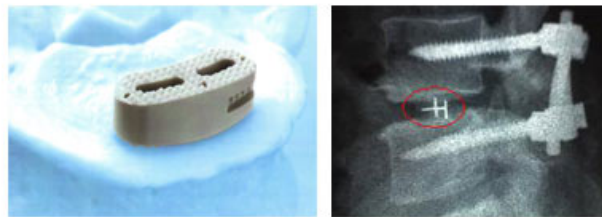
ARTRODESIS VERTEBRAL POR VÍA POSTERIOR

A consecuencia de una lesión discal, ha perdido la separación fisiológica entre dos vértebras y/o su función de nutrición y soporte de cargas de las vértebras colindantes. Este proceso de deterioro produce dolor por excesivo contacto y movimientos patológicos entre estas vértebras. El procedimiento propuesto, consiste en el bloqueo del movimiento vertebral mediante la cirugía, abordando la columna vertebral por vía posterior y posicionándolo en decúbito prono. Para obtener dicho fin se necesita quitar las superficies de deslizamiento (cartílagos) de los huesos a fijar, su puesta en contacto y su mantenimiento mediante tornillos, placas y/o implantes intervertebrales por vía posterior hasta que se obtenga la unión. Para acelerar el proceso puede ser necesario añadir un injerto de hueso de otra parte del organismo o estructuras óseas naturales como sustitutivos óseos.

La colocación de dichos implantes se realiza mediante una técnica asistida intraoperatoriamente por radiología.

La intervención precisa anestesia general. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales.

IMÁGENES EXPLICATIVAS



Dispositivo intersomático lumbar TLIF

DISCECTOMÍA SIMPLE O MICROCIRUGÍA

se denomina así a la técnica quirúrgica consistente en la extirpación simple del disco sin implantación de material quirúrgico y con preservación del movimiento en el segmento discal operado.

como ventajas principales tiene el ser una técnica menos agresiva y con una recuperación más rápida y, teóricamente, la preservación del movimiento. teóricamente porque lo que parece una ventaja, a veces, se convierte en un inconveniente, pues al no haber disco, el roce de vértebra con vértebra, hace que pueda quedar un movimiento doloroso que habitualmente es bien tolerado, pero que en ocasiones obliga a una nueva intervención para fijar dichas vértebras.

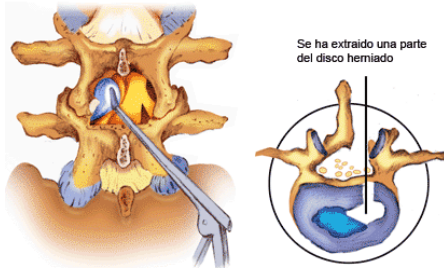
Respecto a la microdiscectomía, en esencia, el objetivo final es el mismo que mediante cirugía abierta, la extirpación del disco lumbar herniado y la liberación de la raíz lumbar de cualquier estructura anatómica que la comprima, pero difiere en la forma de conseguir este objetivo.

mientras en la cirugía abierta o clásica se hace mediante una incisión amplia, para exponer a simple vista las estructuras anatómicas y poder trabajar sin riesgos, en la microdiscectomía, se utiliza un microscopio quirúrgico que permite, por una parte minimizar la incisión, consiguiendo abordar el disco por una técnica poco mayor a una técnica percutánea, lo que repercute positivamente en los aspectos estéticos, de agresión a la musculatura lumbar y su posterior recuperación, y por otra parte, el empleo de técnicas de magnificación visual hace que la seguridad manipulando las estructuras neurológicas de la columna sea mayor, así como para extirpar fragmentos discales que se puedan alojar en zonas peligrosas o de difícil acceso y/o que pudieran pasar desapercibidas a simple vista.

es por tanto una técnica más segura en cuanto al objetivo final de extirpar todos los fragmentos discales y en cuanto a la identificación y manipulación de las estructuras neurológicas de la columna, minimiza el abordaje,

permitiendo el acceso mediante incisiones de 2-3 cms, lo que mejora el resultado estético, y el daño que se produce en la musculatura lumbar para exponer el disco a extirpar, también es mucho menor, lo que indudablemente mejora la recuperación postoperatoria, la rehabilitación posterior y el resultado funcional.

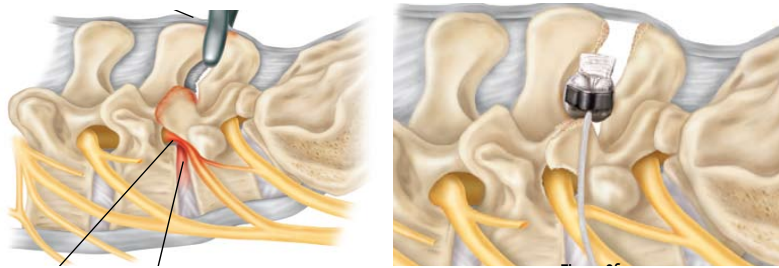
IMÁGENES EXPLICATIVAS



DISPOSITIVOS INTERESPINOSOS

En los casos en los que se presenta un disco lumbar enfermo con protrusión del mismo y estrechamiento de los forámenes de salida de las raíces lumbares con síntomas de dolor lumbar y ciática o claudicación de miembros inferiores en grado leve o moderado, se puede interponer un dispositivo entre las apófisis espinosas para separar un poco las vértebras y, por una parte quitar presión en el disco enfermo y, por la otra, abrir los forámenes estrechos.

IMÁGENES EXPLICATIVAS



2. CONSECUENCIAS SEGURAS

La principal consecuencia de la artrodesis es la pérdida definitiva del movimiento de la articulación operada. Esta pérdida de movimiento se suele compensar en parte con las articulaciones próximas, que con el tiempo pueden sobrecargarse y degenerar en artrosis.

Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización. Durante unos días necesitará reposo y puede que necesite caminar con muletas.

Al principio presentará pérdida de fuerza que recuperará a medida que vaya ejercitándose.

Según el tipo de operación y de anestesia, puede necesitar una sonda de orina durante algunos días.

En la intervención o en los días siguientes puede aparecer anemia debida a la pérdida de sangre durante la operación y necesitar transfusiones o suplementos de hierro. Esta transfusión conlleva un mínimo riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas como hepatitis, SIDA, etc.

En ciertos casos y ante intervenciones programadas con tiempo suficiente, se le podrá plantear la autotransfusión (hacer extracciones de su propia sangre para tenerlas listas por si fueran necesarias).

A veces hay lesiones neurológicas, que ya estaban presentes antes de ser operados, que no se recuperan tras la cirugía.

3. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

4. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la intervención ARTRODESIS LUMBAR POR VÍA POSTERIOR pueden ser:

- Tras la operación es normal sentir dolor o molestias en las zonas cercanas. Por lo general desaparecen en pocos días, pero existe el riesgo de que se prolonguen en el tiempo o se hagan continuas.
- Anemia postoperatoria que puede necesitar una transfusión sanguínea.
- Calcificaciones y miositis osificante: La cicatrización de los tejidos lesionados durante un traumatismo o una operación puede complicarse y formar acúmulos de calcio que limiten o bloqueen por completo la movilidad de las articulaciones.
- Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos.

- Fijación de la zona en mala posición.
- Complicaciones de la cicatriz: Existe el riesgo de que la cicatriz de la operación sea dolorosa o poco estética.
- Necrosis cutánea: La pérdida del riego sanguíneo de la piel próxima a la herida puede hacer necesaria la extirpación de zonas de piel muerta y su cobertura con injertos.
- Hematomas e inflamación postquirúrgica. Pequeños hematomas no requieren tratamiento y son frecuentes. A veces la acumulación de sangre tras la intervención es excesiva y puede requerir drenaje quirúrgico.
- La identificación de las estructuras que producen el dolor no siempre es fácil, por lo que puede no mejorarse tras la cirugía y necesitarse medidas adicionales.
- Retardo de consolidación: A veces, los huesos operados tardan más tiempo en lograr una unión satisfactoria y esto obliga a prolongar el tratamiento.
- Pseudoartrosis: en ocasiones los huesos operados no consiguen unirse, y esto suele obligar a plantear una nueva operación.
- Acortamiento, alargamiento o rotación del hueso operado que provoque alteraciones en el eje.
- En pacientes de edad avanzada es frecuente que tras la intervención y durante el ingreso aparezca confusión, desorientación, agitación y dificultad para dormir. Esto suele desaparecer a las semanas del alta.
- Cambios degenerativos de los discos que hay por encima y por debajo de la zona intervenida.

LOS MÁS GRAVES

- Infección: Toda cirugía tiene riesgo de infección. La infección puede ser superficial (localizada justo bajo la piel) o profunda (afecta a músculos, hueso y/o implantes), a pesar del uso de antibióticos profilácticamente. Si esto ocurre, se realizará tratamiento con antibióticos y se evaluará la necesidad de otros procedimientos (curas locales, limpieza de la herida en quirófano, colocación de antibióticos en el lugar de la infección e incluso la retirada del material implantado). Un porcentaje de ellas se puede cronificar y no llegar nunca a solucionarse.
- En algunos casos se producen infecciones de otros órganos o sistemas (urinarias, pulmonares, etc.) por el encamamiento o el uso de sondas, catéteres, vías periféricas.
- Hemorragia: Durante la intervención pueden lesionarse vasos sanguíneos cercanos. A veces es necesaria una segunda operación para frenar el sangrado o, en algún caso extremo, puede conducir a la muerte.
- Embolia grasa: Paso de gotitas de grasa del interior del hueso a la circulación sanguínea que puede producir un fallo respiratorio agudo.
- Lesión de nervios que puede provocar distintos grados de pérdida de sensibilidad o parálisis. Esta lesión puede ser temporal o definitiva.
- Lesión de un vaso sanguíneo principal de una extremidad que necesite intervenciones de cirugía vascular para su reparación. Si la lesión es irreparable puede requerir la amputación de una extremidad.
- Rotura, movilización o aflojamiento de los materiales empleados para la fijación (tornillos, placas, etc.). Si esto sucede antes de que el hueso haya unido, es muy probable que necesite una nueva operación; si ocurre después, dependerá de las molestias que provoque.
- Intolerancia o malposición del material utilizado para fijar el hueso que puede obligar a su retirada o reposicionamiento.
- En el lugar del que se extrae el injerto de hueso existe riesgo de infección, hematomas, fracturas o dolor residual.
- Fractura del hueso que se manipula durante la intervención.
- Aracnoiditis o fibrosis en profundidad con atrapamiento de estructuras neurológicas en la zona que provoquen nuevamente los síntomas. Esta complicación no es previsible ni evitable y depende del proceso de cicatrización de cada persona.
- Fístulas o salidas de líquido cefalorraquídeo por lesión del saco dural, comunicándolo con el exterior que puede derivar en meningitis, pseudomeningocele (quiste interno de este líquido) enclavamiento o hemorragia del sistema nervioso central que provoquen muerte o secuelas neurológicas centrales graves y permanentes, por lo que habitualmente se requieren nuevas intervenciones para intentar solucionarlas.
- Obstrucción venosa con formación de trombos en las piernas, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte, a pesar del uso de heparinas profilácticamente.
- De forma poco habitual pueden existir complicaciones como reacción alérgica / toxicidad debida al material implantado, que pueden obligar a su extracción.

Los riesgos de la DISCECTOMÍA SIMPLE O MICROQUIRÚRGICA y de los DISPOSITIVOS INTERESPINOSOS son los mismos excepto la pérdida de movilidad, todos los que dependen del empleo de tornillos pediculares y los derivados de la toma y el empleo de injertos.

Cualquiera de estas complicaciones puede requerir tratamiento médico, ortopédico y/o rehabilitador y, en algunas ocasiones, puede ser necesaria una segunda intervención.

Todos estos riesgos aumentan en los casos de circunstancias acompañantes como son la diabetes, tratamientos crónicos con medicamentos y/o enfermedades que disminuyen las defensas (corticoides, quimioterapia, artritis reumatoide, etc.), obesidad, fumadores...
Deberá comunicar al personal sanitario cualquier situación de este tipo antes de la intervención.

5. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

6. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto, podrá:

- Seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio.
- Hacer reposo relativo para no sobrecargar la zona afectada, y/o
- Emplear ortesis (material ortopédico) que mejoren la estabilidad y posición de la zona.

Los tratamientos analgésicos y los diferentes métodos fisioterápicos son la opción más frecuente en estas enfermedades. Otros son las inyecciones, en el espacio epidural, selectivamente sobre los nervios, en las facetas o articulaciones de las vértebras, o sobre los puntos dolorosos. Estos tratamientos serán valorados por otros servicios, como Rehabilitación o Unidad del dolor.

Muchos pacientes con dolor pueden mejorar sin intervenir. Salvo compresión aguda de un nervio en los que la función pelagra, la cirugía se le propone cuando ya han fallado los métodos conservadores. Su médico le habrá propuesto esta intervención por: no mejorar con tratamientos conservadores médico o tener un dolor tan intenso que no le permita esperar a la posible mejoría, o por presentar síntomas serios como pérdida de fuerza u otros.

Dicho tratamiento sólo mejora los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo o la deformidad.

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

8. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo Don/Dña.....he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Dr/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una CIRUGÍA ABIERTA DE COLUMNA LUMBAR

En....., a..... de.....de.....

El paciente o su padre o tutor en caso de menores

El médico