

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE LA COLUMNA DORSAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Cirugía de la Columna Dorsal**, es un tratamiento quirúrgico que consiste en acceder a la columna a través de los músculos que la rodean en la espalda, en los laterales o incluso a través del abdomen o del tórax, y liberar las raíces nerviosas de la presión. Sirve para mejorar o hacer desaparecer los dolores debidos a la compresión de algún nervio, alguna raíz nerviosa o incluso la propia médula espinal.

**¿Cómo se realiza?**

Para ello en ocasiones se reseca (extirpa) el disco intervertebral, los osteofitos (hueso anómalo crecido en el borde de la vértebra) o algunos trozos de la propia vértebra. Tras liberar los nervios y/o la médula espinal, en algunos casos es necesario mantener más estable la columna (fijar) con placas, tornillos e injertos óseos o de otro material compatible con el organismo, tanto en la parte posterior, como en la anterior. Hay diferentes opciones en el tratamiento quirúrgico que su cirujano le ofrecerá en función de sus condiciones, síntomas y localización de la lesión. Las más frecuentes son algunas de las que se detallan debajo o variantes de las anteriores.

- **Cifoplastia-vertebroplastia:** cuando las vértebras están hundidas por una fractura, por un traumatismo o por la edad, es posible "levantar" el hueso mediante la introducción de un balón, que restaura el tamaño del hueso, y un "elemento" que rellena ese hueco para que no vuelva a hundirse. Al volver a su sitio el hueso deja de oprimir los nervios y mejora el dolor. Para ello el cirujano introduce un tubo, a través de una mínima incisión hasta el cuerpo de la vértebra que se ha hundido realizando un control radiológico mientras lo introduce. Cuando está seguro de su localización introduce un balón para levantar el hueso o bien directamente un material parecido a un cemento (metil-metacrilato). En un rato el cemento se endurece y refuerza el hueso roto.
- **Laminectomía:** el cirujano expone la parte de la columna enferma a través de una incisión en la parte central de la espalda, luego retira el hueso de la parte posterior de la columna (las láminas) dejando sitio para que los nervios queden libres. Dependiendo del grado de la extirpación y del estado de la columna puede ser necesario estabilizar o no las vértebras.
- **Discectomía torácica:** la hernia de disco o los picos de hueso que comprimen los nervios o la médula espinal son más raras que en otras localizaciones, aun así, es posible que requieran ser extirpados. En este caso pueden realizarse diferentes técnicas en función de la extensión de la enfermedad.

- **Costo-transversectomía:** en este caso el cirujano abre un espacio para llegar al disco o al nervio enfermo o lesionado. Se realiza a través de una incisión en la parte media de la espalda a la altura adecuada. Como la médula espinal es muy delicada y no debe movilizarse, es necesario tener espacio hacia un lado, para lo que además de un trozo de la parte posterior de la vértebra (lámina) es necesario retirar la parte posterior de la costilla (costo) que está sobre las vértebras dorsales y una pequeña porción lateral que se llama proceso transversario (costo-transversectomía). Con esto el cirujano tiene acceso al nervio presionado y al disco enfermo sin necesidad de desplazar la médula espinal, se desplaza el nervio enfermo y se extirpa la parte de disco o hueso que comprime el nervio en la parte anterior.
- **Descompresión transtorácica:** en ocasiones es necesario disponer de espacio en la parte anterior de la vértebra o vértebras dorsales. Para ello es necesario operar en la parte anterior, es decir, a través del tórax hasta los discos o huesos enfermos. Para ello, se realiza una incisión entre las costillas y se desplaza el pulmón lo suficiente. En este momento, dependiendo de la enfermedad, puede retirarse el disco, colocar un material entre los huesos para que fusionen y no se muevan o estabilizar las vértebras mediante tornillos y placas.
- **Discectomía video-toroscópica:** permite la resección de los discos a través de un abordaje parecido al que se realiza en el abdomen (laparoscopia), introduciendo unos tubos pequeños con cámara, luz e instrumental que permiten al cirujano trabajar dentro del tórax, y retirar los discos o fusionar las vértebras sin necesidad de abrir grandes incisiones en la pared del pecho.
- **Vertebrectomía e injerto:** cuando la compresión de los nervios o médula espinal es grande, o cuando un tumor o quiste destruye la vértebra, a veces es necesario extirparla ampliamente, lo que se denomina (vertebrectomía). Normalmente se rellena el hueco que ha quedado con hueso del propio paciente (costilla o de cadera), con materiales compatibles o con cajas metálicas o con combinaciones de ellas. Tras una vertebrectomía, habitualmente es necesario estabilizar la columna con tornillos y barras.
- **Fusión espinal posterior:** cuando, por las características de las lesiones o por la extensión de la resección o extirpación de hueso la columna puede quedar inestable, se realiza algún tipo de fijación de la misma. La más frecuente es la posterior. En primer lugar, se extirpa el hueso anómalo y los picos o discos que pueden comprimir los nervios. En este momento los nervios ya están "libres" pero es necesario asegurarse de que la columna quede estable. Para ello se colocan trocitos de hueso del paciente o injertos de material compatible. El hueso necesita cicatrizar y curar para lo que requiere que esté quieto. Para ello se utilizan placas y tornillos metálicos que mantienen los huesos en su sitio hasta que cicatriza. Estos tornillos llegan hasta la parte anterior de la vértebra y permiten mantener los huesos sólidos. En función de la patología, de la extensión de la cirugía y de otros factores es necesario extender más o menos la fijación, incluso a toda la columna.
- **Fijación espinal anterior-lateral:** a veces la estabilización se realiza por la parte anterior, a través de una incisión en el abdomen o también a través de una incisión posterior según las técnicas. En este caso, primero se extirpa el disco que une las vértebras y luego se rellena con unos tornillos o cajas que al colocarse o "roscarse" mantienen los huesos juntos hasta que los injertos de hueso que van dentro de los tornillos fusionan las vértebras.
- **Fijaciones combinadas o "circunferenciales":** en casos seleccionados, para asegurarse una perfecta estabilización, se realizan ambas, anterior lateral y posterior.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

**¿Qué efectos le producirá?**

Si no hay complicaciones, tras esta cirugía el paciente puede encontrar algunas molestias en la zona de la herida, cierto grado de contractura muscular, sobre todo si el abordaje es en la parte posterior y a veces algunas molestias al respirar o hacer esfuerzos cuando el abordaje se hace en la parte lateral del tórax.

La estabilización o fijación de uno o dos espacios (discos) vertebrales no suele ser percibida.

A veces se pierde un mínimo grado de movilidad. Ni siquiera cuando es necesario estabilizar o fijar varios segmentos o vértebras se suelen notar diferencias en la columna torácica, ya que es muy poco móvil normalmente.

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

**¿En qué le beneficiará?**

La intervención quirúrgica, al descomprimir las estructuras neurales (raíces y médula), o estabilizar los huesos, frena la progresión de la enfermedad, mejora el dolor que producía la compresión y permite la recuperación funcional mejorando la calidad de vida.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**Los más frecuentes:**

- Molestias en la espalda y a nivel de la zona de la herida. Estas molestias ceden a los pocos días y se controlan fácilmente con tratamiento.
- Hematomas e inflamación postquirúrgica. Pequeños hematomas que no requieren tratamiento y que 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.
- Déficit radicular (de un nervio).
- Necesidad de reintervención precoz por la sintomatología que motivó la primera intervención.
- Persistencia de un síndrome de cauda equina (lesión de múltiples nervios) o lesión medular.
- Lesiones de los esfínteres, disfunción.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo (salida a través de la herida o acumulación bajo la piel).
- Infección
- Pueden producirse problemas inflamatorios o desplazamientos de las piezas que se colocan entre las vértebras o como fijación (placas, tornillos, etc.) que pueden requerir su revisión quirúrgica, su recolocación o su retirada.
- Cambios degenerativos de los discos que hay por encima y por debajo de la zona intervenida.
- Complicaciones relacionadas con el uso de cemento: fuga del cemento, siendo la mayoría asintomáticas. Estas fugas pueden ocurrir en las venas que rodean a la columna vertebral pudiendo alcanzar en casos excepcionales el pulmón, o bien pueden ocurrir fugas a los sitios donde se encuentran la médula o las raíces nerviosas.

**Los más graves:**

- Son las que se deben a lesión de las zonas cercanas a la columna lumbar (médula espinal, grandes vasos o pulmón) en los abordajes que se hacen por vía anterior o lateral. Estas complicaciones son poco frecuentes. La mortalidad es muy poco frecuente.

Estas complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

**Otras alternativas disponibles en su caso:**

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. Muchos pacientes con dolor pueden mejorar sin intervenir; salvo compresión aguda de un nervio en los que la función peligra, 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, o por 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.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Cirugía de la Columna Dorsal** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE LA COLUMNA DORSAL,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)

