

Discectomía y laminectomía lumbar

1- Identificación y descripción del procedimiento

Discectomía.

Indicación básica: dolor lumbar o ciático causado por la enfermedad discal rebelde al tratamiento médico-ortopédico.

Técnica: resección del disco intervertebral y liberación de estructuras nerviosas, para lo cual es preciso quitar ligamentos intervertebrales posteriores.

Laminectomía.

Indicación básica: lumbalgia o ciática claudicante con la marcha, rebelde al tratamiento conservador médico-ortopédico.

Técnica: resección del arco posterior (elementos óseos posteriores) vertebrales.

De forma intraoperatoria pueden ser apreciadas patologías o circunstancias que aconsejan al cirujano variar técnica quirúrgica, o modificar la que se está utilizando en el momento en que se verifica esta nueva circunstancia.

2- Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Eliminar o mejorar el dolor y evitar lesiones neurológicas progresivas. El principal beneficio a alcanzar es la mejora de la calidad de vida y de la actividad laboral del enfermo.

3- Alternativas razonables a dicho procedimiento

Ante la presencia de factores individuales (obesidad, insuficiencia muscular, trabajos de fuerza, deportista...), que exijan sobrecarga lumbar, existe la opción de asociar la fijación vertebral (artrodesis) con o sin implante.

4- Consecuencias previsibles de su realización.

Las consecuencias previsibles de su realización son: _____

5- Consecuencias previsibles de la no realización.

Las posibles consecuencias de la ausencia del tratamiento son el incremento del dolor, la limitación de la movilidad y la progresión de posibles lesiones neurológicas asociadas.

6- Riesgos

- Derivados de la posición quirúrgica en el decúbito prono (boca abajo):
 - .-Lesión ocular por oclusión de la arteria retiniana. Muy rara.
 - .-Compresión de los nervios periféricos en la axila, codo y muslo (temporal).
 - .-Radiculopatía cervical posicional (temporal).
- Generales:
 - .-Trombosis venosa profunda (6%) y embolismo pulmonar.
 - .-Aracnoiditis (rara) y fibrosis epidural.
 - .-Infección superficial o profunda (frecuente).
 - .-Discitis, osteomielitis y absceso epidural. Raras.
- Específicas:
 - a. Intraoperatorias:
 - .-Durotomía (lesión de la duramadre) 2%
 - .-Lesiones radiculares como raíz apaleada, arrancamiento o sección.
 - .-Lesiones vasculares de las arterias y venas vecinas como iliaca, cava, lumbar ascendente. Son raras pero muy graves.
 - .-Lesiones abdominales como peritonitis, igualmente raras pero muy graves.
 - b. Postoperatorias.
 - .-Hematoma epidural compresivo o Lesión de cola.
 - .-Descompresión insuficiente con hernia discal recidivante.
 - .-Fibrosis periradicular. Inestabilidad. Muy frecuente.
 - .-Lesiones de discos vecinos por sobre carga mecánica.

Todas las posibles complicaciones descritas con anterioridad pueden requerir para su solución otro acto quirúrgico que añade nuevos riesgos al inicial.

7- Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente.

La presencia de enfermedades, alergias o alteraciones hemodinámicas asociadas en el enfermo a tratar, condicionan tanto la gravedad de las posibles complicaciones como su frecuencia.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____
de _____ años, con D.N.I. Nº _____ y Nº de SIP _____ con domicilio
en _____
D. _____ con D.N.I. Nº _____ y domicilio
en _____ en calidad de (representante legal,
familiar o allegado de la paciente) _____ con DNI _____,
Declaro:

Que el Doctor/a _____ me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización
de _____
Y que ha comprendido adecuadamente la información que me ha dado

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: D/Dña. _____ DNI. _____

Fdo.: Dr/Dra. _____ Colegiado Nº: _____

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ de _____ de 2 _____ y no deseo proseguir el tratamiento que doy con
esta fecha por finalizado.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: Médico
Colegiado Nº _____

Fdo.: Paciente.
DNI _____