



1. Identificación y descripción del procedimiento

Usted o su familiar va a ser intervenido quirúrgicamente de una lesión intracraneal de las siguientes características:

- HEMISFERIOS CEREBRALES:
- FOSA POSTERIOR:
- ÁNGULO PONTOCEREBELOSO:
- INTRAVENTRICULAR:
- BASE DE CRÁNEO: La intervención consiste en el abordaje a la lesión a través de una craneotomía, usando vías y corredores que minimizan el daño al cerebro sano vecino, para extirpar la lesión. En el abordaje puede usarse el neuronavegador, técnica estereotáctica o microscopio quirúrgico; en la resección el aspirador ultrasónico; en la conservación del tejido indemne la resonancia funcional preoperatoria, monitorización preoperatoria de pares craneales o de flujo vascular. En caso de tumores, suele hacerse una biopsia preoperatoria que orienta acerca de la naturaleza de la lesión.
- CALOTA CRANEAL: La intervención consiste en resecar la lesión del cráneo, habitualmente mediante su fresado o resección en bloque. Puede ser necesaria la realización de una craneoplastia para reparar el defecto óseo creado.
- CUERO CABELLUDO: La intervención consiste en la resección de la lesión.
- NATURALEZA PROBABLE:

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Debe saber que cualquiera de estas intervenciones es muy delicada. El objetivo de la operación es tratar de extirpar completamente la lesión, obtener material para estudio anatomopatológico que nos permita conocer o confirmar la naturaleza de la lesión y emitir un pronóstico así como la necesidad de tratamientos adicionales, y para descomprimir del cerebro, nervios craneales o vías de circulación del líquido cefalorraquídeo con el fin de mejorar la sintomatología clínica deficitaria o irritativa que exista. Estos objetivos pueden lograrse total o parcialmente dependiendo de muchos factores, entre otros, la localización, tamaño y naturaleza de la lesión y el estado preoperatorio del paciente. En la mayor parte de los casos, la extirpación del tumor no asegura que este no vuelva a crecer de nuevo, con independencia de que sea benigno o maligno. Tampoco asegura que no queden síntomas neurológicos tras la cirugía que requieran tratamiento farmacológico o rehabilitador.

Los beneficios que se buscan son conseguir en algunos casos la curación, en otros casos llegar al diagnóstico del tipo de lesión, reducir su tamaño aliviando los síntomas o detener su empeoramiento y preparar el área para tratamientos posteriores, haciéndolos más efectivos (radioterapia y/o quimioterapia).

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

La alternativa al tratamiento propuesto, al estar siguiendo un protocolo asistencial, supone mantener el tratamiento actual. El tratamiento complementario de los tumores con radiocirugía, radioterapia o fármacos debe hacerse conociendo su anatomía patológica.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y anestésico. Las consecuencias previsibles de su realización son:

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, lo que incrementa su riesgo vital, hace más difícil la recuperación funcional y el control de la enfermedad. Las consecuencias previsibles de su no realización son:

6. Riesgos

Debe saber que esta intervención es extremadamente compleja y delicada. También la anestesia y los cuidados en la UCI son muy complejos. Pueden haber complicaciones postoperatorias relacionadas con la cirugía (HEMORRAGIA, INFECCIÓN, FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO), con la manipulación de las arterias (ISQUEMIA CEREBRAL), del cerebro (CONTUSIÓN CEREBRAL, EDEMA CEREBRAL, ATAQUES EPILEPTICOS) o de los nervios craneales (PARÁLISIS FACIAL, PARÁLISIS DE OTROS NERVIOS CRANEALES). Cualquiera de estas complicaciones pueden llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos (HEMIPLEGIA, AFASIA, TRASTORNOS VISUALES, TRASTORNO DE FUNCIONES SUPERIORES, COMA ETC). Más frecuentemente aparecen complicaciones no relacionadas directamente con la intervención (INFECCIÓN PULMONAR, TROMBOSIS VENOSA, EMBOLISMO, HIPONATREMIA, ANEMIA, HEMORRAGIA DIGESTIVA, ETC.). El resultado final y las complicaciones dependen del estado del paciente y de la agresividad de la cirugía realizada y sea por una causa o por otra, la mortalidad postoperatoria puede ser muy alta.

Seguidamente tiene una lista de las complicaciones más frecuentes y el porcentaje en que pueden aparecer según se recoge de la experiencia de diferentes centros. Toda intervención quirúrgica conlleva un riesgo, pero a la hora de proponerle este tratamiento lo hacemos en la confianza de que el beneficio esperable compensa el riesgo que se asume. De forma regular se le suministrará información de la evolución del paciente y en caso de complicaciones de cual es su gravedad.

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES MÁS HABITUALES (Sociedad Española de Neurocirugía): HEMISFERIOS CEREBRALES / INTRAVENTRICULAR / BASE DE CRÁNEO: Déficits neurológicos: varían según la localización de la lesión: Hemiparesia (pérdida de fuerza muscular en la mitad del cuerpo): 0,5-12%, Alteración del campo visual : 0,2-11%, Trastorno del lenguaje : 0,4-10 %, Defecto de la sensibilidad : 0,3-10%; Hemorragia dentro del cerebro, que puede causar un déficit neurológico o empeorar uno que ya existía (0,1-3%); Edema cerebral (inflamación) o infarto (muerte de células en la zona de la intervención) en un 5-10%; Crisis epilépticas después de la intervención (1-10%); Infección superficial de la herida (0,1-7%). Infección profunda o cerebritis (inflamación del cerebro), con formación de absceso cerebral (acumulación de pus).Osteomielitis (infección del hueso). Meningitis; Mortalidad operatoria (0,5-3%). FOSA POSTERIOR: Déficit neurológico: Hemiparesia (tronco cerebral), (parálisis de medio cuerpo) en el 0,5-20%, Alteración del campo visual (0,2-1,4%), Trastorno del lenguaje (disartria) (0,4-10%), Déficit sensitivo (0,3-1%), Inestabilidad e incoordinación (dificultad en el andar) en el 10-30%, Hemorragia intracerebral, que puede causar un déficit neurológico o empeorar uno que ya existía (0,1- 5%), Infarto-edema cerebral en un 5 %, Infección

superficial de la herida (0,1-7%), profunda o cerebritis, con formación de un absceso cerebral, Meningitis (inflamación de las membranas que recubren el cerebro) aséptica (sin infección), o séptica. Trastorno hemodinámico por manipulación del tronco cerebral. Embolia gaseosa (enfermos en posición sentada). Salida de líquido cefalorraquídeo (3-14%). Hidrocefalia (acumulación de líquido en las cavidades del cerebro) postquirúrgica. Neumoencefalo (presencia de aire en el interior del cerebro). Siembra de metástasis a lo largo del neuroeje: en algunos tumores (Meduloblastomas, ependimomas, oligodendrogliomas). Tetraplejía (parálisis de los cuatro miembros). en posición sentada (casual). Mortalidad operatoria (0,5-3%). ANGULO PONTOCEREBELOSO: Lesiones propias de los nervios craneales dependiendo del tamaño: sordera (50-80%), parálisis facial (50-75%), anestesia de la hemicara o neuralgia (3-6%) y dificultad en la deglución (6%). Déficit neurológico en función de la localización de la lesión: Inestabilidad (dificultad en el andar) en el 10% al 30%. Hemiparesia (parálisis de mitad del cuerpo) en el 0,5% al 2,1%. Trastorno del lenguaje (disartria) en el 0,4% al 1%. Hemorragia intracerebral postquirúrgica, del lecho quirúrgico o bien epidural o intraparenquimatoso, causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente en el 0,1% al 5%. Infarto-edema del tejido afectado, variable dependiendo del proceso y de su situación hasta un 5%. Infección superficial en el 0,1 al 6,8%, que puede evolucionar a infección profunda o incluso cerebritis, con formación de absceso cerebral y/o meningitis aséptica-séptica. Trastorno hemodinámico por manipulación de la lesión o del tronco cerebral. Embolia gaseosa (introducción de aire por las arterias) en los enfermos en posición sentada. Salida de líquido cefalorraquídeo en el 3% al 30%, Hidrocefalia postquirúrgica (6%). Neumoencefalo (aire dentro del cráneo). Metástasis (extensión de la lesión) a lo largo del sistema nervioso, si es una tumoración maligna: meduloblastomas, ependimomas, oligodendrogliomas (complicación casual). Parálisis de las cuatro extremidades (tetraparesia) o, en menor grado, pérdida de fuerza, por la posición quirúrgica de sentado (flexión importante cervical). Mortalidad operatoria en el 0,5 al 3%. CRANEO Y CUERO CABELLUDO: Inflamación o molestias sobre la zona, que ceden habitualmente con tratamiento sintomático. Hematoma en partes blandas (2-6%). Infección de la piel o subcutáneo (1-3%). Rara vez en profundidad, defectos posteriores, como hundimientos, cicatrices, necrosis de la piel, que a veces requieren una nueva cirugía. Mortalidad es muy rara por el hecho de la operación.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Además de los riesgos anteriormente citados, la presencia de otras enfermedades, alergias o alteraciones generales pueden incrementar tanto las complicaciones como su gravedad. Por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones:

.....
.....

8. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con 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 he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

9. Revocación 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 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

