

1. ¿Qué es? Es una operación que consiste en obtener material (biopsia) de una lesión intracraneal para estudio anatomopatológico que permita conocer la naturaleza de la lesión y emitir un pronóstico, así como la necesidad de tratamiento adicionales.

2. ¿Cómo se realiza? Se puede realizar de dos formas, dependiendo del caso: mediante la colocación previa de un marco de estereotaxia fijo a la cabeza, para la localización de la lesión intracraneal realizando un TC craneal previo a la entrada en el quirófano, o bien mediante la utilización de un neuronavegador, sin necesidad de marco de estereotaxia. En el quirófano, se realiza un agujero de trépano o una craneotomía a través de la que se accede a la lesión de la forma más directa posible para obtener un pequeño fragmento de la misma (biopsia). En caso de que la lesión tenga un componente líquido, hemático o purulento, se puede proceder a su evacuación.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? Esta intervención es muy compleja y delicada. Puede haber complicaciones intra o postoperatorias relacionadas con la cirugía (*hemorragia, infección, edema cerebral, ataques epilépticos*). Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos (*hemiplejia, afasia, trastornos visuales, trastorno de funciones superiores, coma*). Aunque las complicaciones dependen del estado del paciente y del tipo y localización de la lesión, aunque se trate de una cirugía muy poco agresiva, sea por una causa o por otra, la mortalidad postoperatoria es posible. Va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y anestésico

complicaciones de la biopsia estereotáctica: **1)** Mortalidad (0-1,2%). **2)** Hemorragia intracerebral causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,8-3%). **3)** Crisis epilépticas (1-30%). **4)** Infección: superficial-cutánea (0,1-2%), profunda-cerebritis (más rara), absceso cerebral (complicación casual) (Sociedad Española de Neurocirugía).

4. Consecuencias previsibles de su realización: conocer la naturaleza de la lesión para dar el tratamiento específico. No hay que esperar, por tanto, una mejoría de la sintomatología clínica que sufre el paciente como consecuencia de la operación, salvo que durante la misma se pueda proceder a evacuar la porción líquida de la lesión. El tratamiento complementario de los tumores con radiocirugía, radioterapia o quimioterapia debe hacerse conociendo su anatomía patológica. El tratamiento de los abscesos cerebrales es mejor hacerlo conociendo el germen responsable.

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

6. Alternativas: mantener el tratamiento actual.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma: