

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA ESTEROTÁXICA CEREBRAL.

Neurocirugía

Dr. Trujillo
Dr. Montero
Dr. Franco
Dr. Barbeito
Dr. Pino
Dr. Muñoz

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Ceballos
Dr. Orozco

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Gutierrez
Dra. Carranza

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

Neuropsicología

Dra. Prián
Dra. Nuñez

Neuropsicología Infantil

Dr. Jurado

Endocrinología

Dr. Leal

¿Qué es la biopsia estereotáxica?:

Es la toma de una pequeña muestra de tejido cerebral mediante un complejo sistema de localización que nos permite llevar un sistema de biopsia a un punto determinado.

¿Para qué se realiza?:

Permite al médico o neurocirujano que le atiende, conocer con exactitud cual es la naturaleza de la lesión. Esta información es fundamental en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Puede tratarse de lesiones que se producen cuando hay un crecimiento anormal de las células del propio cerebro, o procedentes de otros sitios del organismo (tumores), o también, en inflamaciones u otras enfermedades. Puede tratarse de lesiones benignas o no, pero no puede saberse con certeza su naturaleza, hasta que sean analizadas por Anatomía Patológica. También permite drenar el líquido de los quistes cerebrales o del pus de los abscesos.

¿Cómo se hace?:

Si es posible, se hace con el paciente despierto (se mantiene sedado para que no sea molesto, pero NO intubado) aunque en ocasiones es preferible dormir al paciente de forma completa (se decidirá conjuntamente con el Servicio de Anestesia). En ocasiones puede ser necesaria una anestesia general. Para realizarla, hay que hacer una pequeña incisión en la piel, y realizar un pequeño agujero en el cráneo. Así es posible dirigir la toma de muestras a través de un sistema muy complejo que requiere la colocación de un "aro" en la cabeza del paciente, mediante unos tornillos que se fijan al cráneo, con anestesia local, durante el tiempo que dura la operación. También se puede realizar mediante técnicas de neuronavegación, un sistema que permite mediante un ordenador y un sistema de localización con infrarrojos la localización de cualquier punto en el cerebro.

En general, los resultados que se obtienen **compensan** los posibles riesgos que, a continuación, le exponemos.

¿Tiene riesgos?:

La zona a estudiar es muy delicada por lo que hay ciertos riesgos, que **no son frecuentes** pero que pueden ocurrir al tomar una muestra como se le ha explicado:

Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).

Infección.

Lesión cerebral pasajera o transitoria (1 de cada 500).

Lesión cerebral permanente y muerte: es muy infrecuente (menos de 1 de cada 2000).

Muestra insuficiente: al ser la biopsia muy pequeña, hecha así para que el enfermo tenga los menores riesgos posibles, el tejido puede no ser suficiente o adecuado para un diagnóstico definitivo, debiéndose repetir la biopsia. También es raro que esto ocurra.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas.

Debe saber que, si ocurre cualquier complicación, todos los medios médicos y técnicos del hospital están preparados para intentar solucionarlas.

¿Hay otras alternativas?:

En la actualidad, existen exploraciones menos agresivas para estudiar el cerebro mediante resonancia magnética, angiorrsonancia, arteriografía cerebral o tomografía axial computarizada, algunas de la cuales probablemente usted ya se ha realizado. Ninguna de ellas aporta la información obtenida con la biopsia porque todas dan sólo una imagen de la posible lesión, quiste o infección que le produce problemas, pero no de la naturaleza real de dicha lesión, y por tanto en ocasiones NO se puede precisar el tratamiento correcto, siendo **indispensable** la biopsia.

Manifiesto que tras la información recibida estoy conforme con la realización de dicho procedimiento. También soy consciente de que puedo rechazar/revocar la realización de la intervención y/o prueba en cualquier momento sin necesidad de justificarlo, siendo necesario únicamente comunicar a IENSA el rechazo de la intervención y/o prueba.

DNI. _____

Representan autorizado _____

DNI. _____

Dr. D. _____

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza de la intervención, de posibles alternativas a la misma, y de los riesgos que la misma conlleva.

Fecha _____

Sus datos (pruebas complementarias, grabación de la intervención, etc.) entraran en nuestra base de datos, y podrán ser utilizados para su uso con fines docentes y/o formativos médicos, siempre obviamente manteniendo su total anonimato. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

RELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA ESTEREOTÁXICA.

Las complicaciones más frecuentes o más graves se han descrito anteriormente. Sin embargo, debajo se relacionan, de forma más exhaustiva la mayoría de las complicaciones posibles, de acuerdo con las directrices de la **Sociedad Española de Neurocirugía**.

No dude en preguntar al neurocirujano que le atiende.

COMPLICACIONES GENERALES EN NEUROCIRUGIA.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES:

Úlcera por estrés o por medicamentos que hay que administrarle.

TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLISMO AÉREO, (más frecuente en trauma espinal y tumor cerebral).

Trombosis venosa profunda, (4,3%).

Tromboembolismo pulmonar, (0,5%).

FRACASO RESPIRATORIO AGUDO.

INFECCIÓN HOSPITALARIA.

NEUMONÍA, más en enfermos con bajo del nivel de conciencia y en aquellos inmunodeprimidos, (defensas bajas).

INFECCIÓN URINARIA, en enfermos sondados, inmunodeprimidos, etc.

COMPLICACIONES DE LA MONITORIZACIÓN INVASIVA: (cuando se realiza).

Catéteres arteriales: trombosis, isquemia-necrosis de las zonas trombosadas, infección.

Catéter venoso central, catéter arterio-pulmonar, cateterismo de vena subclavia o de vena yugular:

Lesión de la carótida, pleura, plexo braquial o tráquea.

Trombosis venosa, hemotórax, neumotórax, perforación arterial o de la pared ventricular, infección, sepsis...

INFECCIONES (en negrita al grupo que pertenece esta intervención):

I. Cirugía sucia. (Enfermos infectados previamente. Abscesos, empiema, osteitis, infección cutánea):

Infección superficial, (3,5%).

Infección profunda, (5,6%).

II Cirugía contaminada. (Enfermos con heridas abiertas, fistulas de L.C.R., segundas intervenciones):

Infección superficial, (3,1%).

Infección profunda, (6,6%).

III Cirugía limpia contaminada. (Cirugía en contacto con senos nasales, fractura de cráneo, cirugía de duración mayor a 2 horas):

Infección superficial, (1,6%).

Infección profunda, (5,1%).

IV Cirugía limpia con cuerpo extraño. (Material de fijación vertebral, válvulas, clips, plastias durales, plastias craneales, etc.):

Infección superficial, (1,7%).

Infección profunda, (4,34%).

V. Cirugía limpia:

Infección superficial, (1,9%).

Infección profunda, (0,7%).

COMPLICACIONES ESPECÍFICAS DE LA CIRUGÍA ESTEREOTÁXICA.

- 1) Mortalidad (0-1,2%).
- 2) Hemorragia intracerebral causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,8%). En raras ocasiones es necesario una intervención para su evacuación.
- 3) Hinchazón cerebral o edema postpunción (1%). Es necesario en ocasiones tratamiento con corticoides.
- 4) Crisis epilépticas (0,3%). Se tratan con antiepilépticos
- 5) Infección (0,1%): superficial-cutánea, profunda-cerebritis. Se trata con antibióticos
- 6) Absceso cerebral (complicación excepcional).
- 7) Muestra insuficiente que requiera una nueva biopsia (5%).
- 8) Muestra no diagnóstica o no concordante con el diagnóstico clínico-radiológico que requiera una nueva biopsia (5%).
- 9) Infección de la zona donde se han alojado los tornillos del marco estereotáxico. Complicación excepcional.
- 10) Movilización del sistema de estereotaxia. Complicación excepcional.
- 11) Fractura craneal por compresión del sistema de fijación. Complicación excepcional.
- 12) Perforación de un seno óseo. Complicación excepcional.
- 13) Dificultad respiratoria aguda por irrigación cerebral. Complicación excepcional.