

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRANEOTOMÍA – CRANIECTOMÍA DE FOSA POSTERIOR:

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

Dra. Jurado

Endocrinología

Dr. Leal

¿Qué es una craneotomía o craniectomía?:

Es una intervención quirúrgica muy delicada que permite acceder al interior de la cavidad craneal. En la craneotomía el hueso se vuelve a colocar tras la intervención. En la craniectomía no es necesario. La fosa posterior se localiza en la parte posterior de la cabeza hasta la zona alta del cuello.

¿Para que se realiza?:

Permite al neurocirujano llegar a la lesión (quiste, tumor, coágulo, inflamación, etc...) que le ha traído al hospital. Así es posible extirpar la lesión, tomar biopsias o drenar quistes o hematomas según los casos. Así es posible curar completamente algunas lesiones o mejorar los síntomas de otros enfermos.

¿Cómo se hace?:

Se hace con el paciente completamente dormido (anestesia general). Para realizarla se hace una incisión en la piel, en la parte posterior de la cabeza y alta del cuello y se separan los músculos de esta zona hasta el cráneo. Después se levanta el hueso mediante un instrumental especial y se abren las membranas o envolturas que protegen al cerebro. Las lesiones que están fuera del cerebro (extra-axiales) se separan de forma muy cuidadosa de este. Las lesiones que están dentro del cerebro (intra-axiales) pueden requerir extirpar una parte de éste para curarlas. Tras la cirugía, se cierran las membranas, y se suturan los músculos y la piel. Dado lo delicado de estas intervenciones los pacientes son observados tras la cirugía en UCI, para detectar y tratar a tiempo las complicaciones que pudieran producirse. En general, los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

¿Tiene riesgos?:

La cirugía del cerebro y del cráneo es, al tratarse del órgano más importante que tenemos, muy delicada, por lo que hay importantes riesgos, que si bien **no son frecuentes**, pueden ocurrir al intervenirlos como se le ha explicado:

Infección.

Fístula de líquido e Hidrocefalia. El líquido cefalorraquídeo puede salir a través de la herida quirúrgica. En ocasiones será necesario colocar un drenaje especial para solucionarlo o provenirlo. El líquido puede no circular adecuadamente y también requerir un drenaje especial.

Normalmente puede retirarse en unos días, aunque a veces hay que colocar el drenaje internamente (válvula).

Sangrado en el sitio de la cirugía (hematoma) o hinchazón o edema. En ocasiones puede ser muy serio y requerir tratamiento especial.

Dependiendo de la naturaleza y sitio de la lesión pueden aparecer lesión cerebral pasajera o permanente o incluso muerte:

Dificultad para mover los miembros de un lado (hemiparesia).

Mutismo o dificultad para hablar tras algunas horas o días de la cirugía.

Lesiones de los nervios bajos: Dificultad para tragar o toser.

Alteraciones del equilibrio y problemas con la marcha.

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 hay tratamientos médicos con fármacos antiinflamatorios o quimioterapia para algunas lesiones del cerebro. La radioterapia y la radiocirugía también se emplean en algunas lesiones. Probablemente su neurocirujano ha valorado esas opciones y no las considera adecuadas o bien piensa **utilizarlas en combinación con la cirugía**.

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 CRANEAL INFRATENTORIAL

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.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES: Úlcera por stress 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 DE LA CIRUGÍA CRANEAL SUPRATENTORIAL.

LESIONES DE FOSA POSTERIOR EN GENERAL

- 1) Mortalidad (2%-6,8% en función del tamaño de la lesión y la localización).
- 2) Trastorno hemodinámico por manipulación tumoral.
- 3) Embolia gaseosa (enfermos en posición sentada).
- 4) Lesión visual (pacientes intervenidos en decúbito prono).
- 5) Hemorragia posquirúrgica: hematoma lecho tumoral; hematoma intracerebral. Infarto-edema.
- 6) Lesión neurológica definitiva o transitoria:
 - a. Ataxia, o alteración de la marcha o de los movimientos de los miembros (5-10%).
 - b. Afectación de pares craneales (nervios):
 - i. IV par. (visión doble 2,3%);
 - ii. V par. (disminución sensibilidad facial 0,3%);
 - iii. VI par. (estrabismo, visión doble, complicación casual).
 - iv. IX-X-XI pares. (parálisis cuerda bucal, dificultad deglución 0-2,4%).
- 7) Mutismo aquinético: Incapacidad para el habla, 2-6 días tras la intervención. Habitualmente se recupera en semanas o meses.
- 8) Hidrocefalia postquirúrgica: Transitoria o permanente.
- 9) Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- 10) Meningitis aséptica-séptica.
- 11) Neumoencéfalo a tensión.
- 12) Metástasis a lo largo del neuroeje en el caso de algunos tumores: meduloblastomas; ependinomas; oligodendrogliomas.

CIRUGÍA DEL ANGULO PONTOCEREBELOSO (NEURINOMAS DEL ACÚSTICO).

- 1) Preservación de la función del nervio facial. (100-0%, en función del tamaño).
- 2) Preservación audición (25-35% y sólo para lesiones de diámetro inferior a 2,5 cm).
- 3) Fístula de líquido cefalorraquídeo (2,7-12%). Se soluciona con drenaje lumbar, válvula, o reintervención)
- 4) Meningitis (1-6%). Se soluciona mediante tratamiento con antibióticos
- 5) Hidrocefalia postquirúrgica (1-2%). Los pacientes que ya tenían hidrocefalia no se incluyen. Es necesario la colocación de una derivación ventriculoperitoneal.
- 6) Ataxia, o alteración de la marcha o de los movimientos de los miembros (5-10%).
- 7) Afectación de pares craneales (nervios)
- 8) Hematomas(1,8-3,9%): epidural, subdural, intracerebeloso. Requiere la reintervención para su evacuación