

Neurocirugía

Dr. Trujillo
Dr. Montero
Dr. Franco
Dr. Barbeito
Dr. Pino
Dr. Batista

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Lobato

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Carranza

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

Neuropsicología

Dra. Prian
Dra. Nuñez

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRANEOTOMÍA SUPRATENTORIAL POR HEMATOMA SUBDURAL CRONICO

¿Qué es una craneotomía?:

Es una intervención quirúrgica muy delicada que permite acceder al interior de la cavidad craneal.

¿Para que se realiza?:

Permite al neurocirujano llegar a la lesión, hematoma subdural, que le ha traído al hospital. De esta manera es posible evacuar la lesión.

¿Cómo se hace?:

Se hace con el paciente completamente dormido (anestesia general).

Para realizarla hay que hacer una incisión en la piel, de forma variable dependiendo donde se encuentre la lesión y lo más estética posible, "escondiéndola" bajo la zona del pelo. Se realiza una apertura del hueso mediante un trepano y en ocasiones se necesita ampliar la apertura de hueso. También en algunos pacientes se realizan más de 1 trepano para evacuar el hematoma.

Frecuentemente se deja un drenaje para ir evacuando lentamente el resto del hematoma que no sale en la misma intervención, drenaje que se suele mantener 2 días, siendo el tiempo variable.

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 existe, muy delicada por lo que hay importantes riesgos, que **no son frecuentes** pero que pueden ocurrir al intervenirlos como se le ha explicado:

Infeción.

Fístula de líquido. El líquido cefalorraquídeo (un líquido claro que tenemos dentro y alrededor del cerebro) puede salir a través de la herida quirúrgica. En ocasiones será necesario colocar un drenaje especial para solucionarlo o prevenirlo.

Sangrado en el sitio de la cirugía (hematoma). En ocasiones necesita una reintervención para evacuarlo.

Hinchazón o edema tras la cirugía. En ocasiones puede ser muy serio y requerir tratamiento especial.

Dependiendo de la zona a operar y la naturaleza de la lesión pueden aparecer secuelas funcionales pasajeras o permanente (muy raro). Siendo necesario en ocasiones Rehabilitación posterior.

Epilepsia. Algunos pacientes pueden tener crisis epilépticas, normalmente sin consecuencias y que se resuelven con tratamiento. Solo algunos enfermos deben tratarse para la epilepsia de forma prolongada.

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?

Se puede tratar con corticoides

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 _____

RELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA CRANEAL SUPRATENTORIAL.

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, fístulas 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 CEREBRALES HEMISFÉRICAS

1) Mortalidad operatoria (0,5%).

2) Crisis epilépticas postquirúrgicas (1-2%). Excepcionalmente requieren tratamiento antiepiléptico mantenido.

3) Déficit neurológico: En función de la localización y muy variable

a. Hemiparesia

b. Alteración del campo visual

c. Trastorno del lenguaje

d. Déficit sensitivo

4) Hemorragia intracerebral postquirúrgica (0,1-1%): subdural; epidural; - intraparenquimatosa.

5) En ocasiones vuelve a producirse el hematoma pasado un tiempo debido a la atrofia cerebral