

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE FOSA POSTERIOR



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

| Paciente | DNI | Firma | Fecha |
|----------|-----|-------|-------|
| | | | |

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Una lesión intracraneal en la fosa posterior (depresión localizada en la región posterointerna de la base del cráneo, donde se aloja el cerebelo y el tronco cerebral) se produce cuando hay un crecimiento desordenado de células que pueden ser del propio cerebro (tumor cerebral primario) o procedentes de otros tumores del organismo (Metástasis), inflamaciones u otras enfermedades. Puede tratarse de lesiones benignas (de lento crecimiento y curables mediante cirugía cuando se consigue quitarlas completamente) o malignas (con mucha tendencia a reproducirse al no poder ser extirpadas por completo), pero no puede saberse con certeza su naturaleza hasta que no sean analizados por el patólogo.

¿En qué consiste la operación?

Consiste en la apertura del cráneo (craneotomía) en la región posterior de la cabeza, para tener acceso al lugar donde está situado el tumor y tratar de extirparla en su totalidad o parcialmente. Se envía una muestra para estudio anatomopatológico. La dificultad y riesgos de la intervención dependen del tipo y localización, ya que en esta zona por estar en relación con el tronco cerebral, los riesgos son mayores por tracción o lesión de estructuras que regulan funciones vitales del organismo. A veces, como paso previo es necesaria la colocación de un catéter que pueda permitir extraer el líquido cefalorraquídeo embalsado.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El beneficio que obtendrá en algunos casos con la cirugía es la curación, poniendo fin al tratamiento, pero en otras ocasiones, el objetivo de la intervención es llegar al diagnóstico del tipo de tumor, reducir su tamaño para aliviar los síntomas de compresión del parenquima cerebral y preparar para otros tratamientos posteriores haciéndolos más efectivos (radioterapia y/o quimioterapia).

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

La mayoría de los tumores de la fosa posterior se extirpan quirúrgicamente. Ocasionalmente se utiliza radioterapia posoperatoria, dependiendo del tamaño y del tipo de tumor.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Dependerá mucho de la situación del paciente antes de la operación.

Tras salir del quirófano, en la mayoría de los casos, el paciente pasará a la Unidad de Terapia Intensiva, donde permanecerá hasta el día siguiente a la operación. Además permite una mejor vigilancia del paciente en las primeras horas, pudiendo detectarse complicaciones tempranas que requirieran una nueva reintervención.

Una vez de vuelta en Internación general, el paciente se irá incorporando progresivamente hasta levantarse lo antes posible. Tras 7-8 días de la intervención se retiran los puntos.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables:

- Déficit neurológico, en función de la localización de la lesión: hemiparesia (0,5-2,1%); alteración del campo visual (0,2-1,4%); trastorno del lenguaje (0,4-1%); déficit sensitivo (0,3-1%).
- Hemorragia intracerebral postquirúrgica, causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,1-1%).
- Infarto-edema
- Infección (0,1-6,8%): superficial, de la piel; profunda o cerebritis, con formación de un absceso cerebral; meningitis aséptica-séptica.
- Trastorno hemodinámico por manipulación tumoral.
- Otros: Embolia gaseosa (enfermos en posición sentada); - Fístula de líquido cefalorraquídeo: - Hidrocefalia postquirúrgica; - Neumoencéfalo; - Metástasis a lo largo del neuroeje: meduloblastomas; ependinomas; oligodendrogliomas (complicación casual). Mortalidad operatoria 0,5 - 3%.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE FOSA POSTERIOR

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE FOSA POSTERIOR**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE FOSA POSTERIOR**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO MÉDICO