

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

Societat Catalana de Neurocirurgia

Per la satisfacció dels drets del malalt, com instrument afavoridor del correcte ús dels procediments diagnòstics i terapèutics, i en compliment de la llei general de la Sanitat.

Jo ..... de ..... anys de edat,  
amb domicili ..... i DNI número .....  
com a malalt.

o ..... de ..... anys de edat,  
amb domicili ..... i DNI número .....  
com a representant legal, família o proper, en ple ús de les facultats, lliure i voluntàriament.

### EXOSO

Que he sigut INFORMAT per el/la Dr. / Dra. ....  
en entrevista personal realitzada el dia ..... de que es necessari que es realitzi el  
procediment diagnòstic o terapèutic denominat:

## BIÒPSIA CONVENCIONAL O ESTEREOTÀXICA PER A DIAGNÒSTIC DE LESIONS CEREBRALS

### 1. INTRODUCCIÓ AL PROCEDIMENT

Una biòpsia consisteix en treure una petita mostra d'un teixit o una lesió per analitzar-lo i poder fer un diagnòstic. Està indicada quan amb les proves no invasives no es pot arribar a fer un diagnòstic i, per tant, no poder prescriure el tractament idoni a seguir. L'objectiu fonamental és arribar a un diagnòstic. No és un tractament, excepte en alguns casos molt concrets.

Hi ha de dos tipus de procediment:

#### 1.1. Biòpsia convencional.

Es practica una petita finestra a la volta cranial sobre la zona a prendre la biòpsia. És per a lesions superficials o mostres de teixit cerebral.

#### 1.2. Biòpsia estereotàxica.

S'ha d'aplicar sobre el cap del pacient un aparell d'estereotàxia (veure apartat de descripció del procediment). És un mètode molt precís per prendre mostres de lesions situades en profunditat o en zones poc accessibles a través d'un orifici de trepanació al crani, de manera que s'evita fer una operació més complicada, la qual cosa comporta una disminució dels riscos i del temps d'estada a l'hospital.

La biòpsia estereotàxica està especialment indicada en pacients amb lesions múltiples (evita fer diferents operacions), quan es sospita que la lesió no precisa d'extirpació total (hi ha tumors que es poden tractar amb només radioteràpia); quan s'han de descartar diferents possibilitats (tumor, infecció, inflamació, infart cerebral); quan es tracti d'una lesió quística i es pugui buidar el seu contingut o un abscess profund (més risc amb cirurgia convencional).

## 2. DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DE LA BIÒPSIA CONVENCIONAL O ESTEREOTÀXICA

### 2.1. Biòpsia convencional cerebral o lesions superficials.

La biòpsia es fa a través d'una petita finestra a la volta cranial. Donat que ni la manipulació de l'os ni el cervell fan mal (no tenen terminacions nervioses), en general, és suficient l'anestèsia local de la pell més una sedació. En alguns casos pot estar indicada una anestèsia general. S'extirpa una petita quantitat de teixit cerebral o de lesió per analitzar. La ferida es tanca amb punts o grapes. S'envien les mostres par a estudi a Anatomia Patològica o altres laboratoris segons la sospita diagnòstica. El resultat d'anatomia patològica sol trigar uns deu dies.

### 2.2. Biòpsia estereotàxica.

Per aconseguir la precisió necessària i definir exactament a quina zona es prendrà la biòpsia cal fer servir un marc d'estereotàxia (casc) que té marcats uns eixos de coordenades. És un dispositiu de precisió que va fixat al cap del pacient amb quatre cargols, però abans es posa anestèsia local a la zona de pell on anirà fixada la guia. Una vegada posada la guia, encara que passi l'efecte de l'anestèsic local no hi ha dolor, només sensació de pressió. La guia es posa a la mateixa habitació on el pacient està ingressat.

Posada la guia, el/la pacient es trasllada al departament de Diagnòstic per la Imatge per fer-li una TC cerebral, en que es veu a la vegada els eixos de coordenades del casc i la lesió cerebral a biopsiar, i després passa a quiròfan per prendre la biòpsia de la zona que marquen les coordenades.

A quiròfan, el pacient és rebut pel personal d'infermeria de quiròfan. La guia es recolza sobre un suport. El metge anestesiològ vigila les constant del pacient i ajuda amb medicació per un millor confort del pacient. S'administren antibiòtics per via intravenosa. Donat que ni la manipulació de l'os ni el cervell fan mal (no tenen terminacions nervioses), en general, és suficient l'anestèsia local de la pell més una sedació. Només hi ha indicació d'anestèsia general en els pacients pediàtrics.

S'ha de fer un forat de trepanació. En el moment de fer-lo el pacient nota com una vibració que no és dolorosa. La biòpsia es fa amb una cànula molt fina. La ferida es tanca amb punts o grapes. S'envien les mostres per a estudi a Anatomia Patològica o altres laboratoris segons la sospita diagnòstica. El resultat d'anatomia patològica sol trigar uns deu dies.

### 2.3. Cures després de la biòpsia.

El pacient queda ingressat a la unitat de reanimació postoperatòria (REA).

En general, i donat que es tracta de procediments poc invasius, el pacient pot iniciar sedestació el matí del dia següent. L'alta depèn fonamentalment de la situació neurològica del pacient abans de la biòpsia. Si està bé és alta a les 24-48 hores del procediment; si no està bé, està ingressat fins a tenir el diagnòstic i avaluar futures línies de tractament. Les grapes o punts de la ferida es retiren a la setmana de la intervenció. Si el pacient ja ha estat donat d'alta, es retiren al seu CAP si resideix lluny de l'hospital.

El tractament posterior a seguir dependrà del diagnòstic i serà plantejat pel neurocirurgià responsable de cada pacient o els especialistes que pertoqui. Durant l'ingrés, la informació mèdica serà donada pel neurocirurgià responsable i, de no ser possible, per altres membres de la plantilla o per el Director del servei.

### 3. ALTERNATIVES RAONABLES A LA BIÒPSIA CONVENCIONAL O ESTEREOTÀXICA

Si es proposa el tractament quirúrgic és perquè, després de valorar riscos i beneficis i totes les opcions, és l'opció que considerem més adequada al seu problema.

Filiar el tipus de tumor és un pas bàsic per a prosseguir el pla terapèutic.

### 4. RISCS GENERALS I/O ESPECÍFICS

#### 4.1. Riscs generals:

- Edema postquirúrgic. Hipertensió intracranial.
- Embolisme aeri (3%), sobretot en posició asseguda o semiasseguda.
- Complicacions gastrointestinals: úlcera d'estrès medicamentosa.
- Trombosi venosa: trombosi venosa profunda (4,3%) i Tromboembolisme pulmonar (0,5%).
- Fracàs respiratori agut.
- Infecció hospitalària:
  - Pneumònia: més risc en pacients amb baix nivell de consciència i immunodeprimits.
  - Infecció urinària: en pacients portadors de sonda vesical, immunodeprimits i en proximitat amb altres pacients també portadors de sonda vesical.
- Complicacions de la monitorització invasiva:
  - Catèters arterials: trombosi, complicacions isquèmiques-necròtiques, infecció.
  - Catèter venós central, catèter arterio-pulmonar, cateterisme subclàvia o vena jugular: lesió carotídia, lesió pleura, lesió plexe braquial, lesió traqueal, trombosi venosa, hemotòrax, pneumotòrax, perforació arterial o paret ventricular, infecció, septicèmia.
  - Pressió intracranial (no es monitoritza per aquest tipus de cirurgia, excepte hipertensió endocranial al postoperatori): intraventricular (hemorràgia intracerebral, obstrucció catèter, ventriculitis), epidural (infecció superficial), intraparenquimatososa (abscess cerebral, complicació casual, hemorràgia intracerebral).

#### 4.2. Riscs específics:

- Mortalitat (0-1,2%).
- Hemorràgia intracerebral causant de dèficit neurològic o empitjorament d'un dèficit preexistent (0,8%), en biòpsia estereotàxica (4%).
- Crisis epilèptiques (0,3%).
- Infecció (0,1%): superficial-cutània o profunda-cerebritis. Abscess cerebral (complicació casual).

### 5. RISCOS PERSONALITZATS

En el seu cas concret, els riscos són:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 6. DECLARACIÓ DEL / DE LA PACIENT

HE QUEDAT TOTALMENT ACLARAT EL SEGÜENT:

1. Entenc la necessitat del procediment proposat.
2. Han quedat detallats els riscos i possibles complicacions inherents a les exploracions diagnòstiques, procediment quirúrgic i post-operatori en un llenguatge clar i entenedor.
3. Algunes circumstàncies no previstes durant l'operació pot fer necessària l'utilització de tècniques quirúrgiques diferents a les prèviament plantejades. En aquest cas autoritzo el cirurgia que realitzi el que consideri més convenient segons la literatura científica.
4. Entenc que no es poden donar garanties sobre els resultats.
5. He tinc ocasió de fer totes les preguntes que he desitjat.

Ponderats els riscos i les avantatges, he decidit sotmetrem a la intervenció quirúrgica proposada.  
Per que així consti firmo el present document:

A ....., a ..... de ..... de 20.....

Firma del pacient i DNI

Firma de testimoni i DNI  
(No necessària)

Firma del metge i número de col·legial