

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:

TRACTAMENT QUIRÚRGIC DELS TUMORS CEREBRALS

1. INTRODUCCIÓ AL PROCEDIMENT

Què és un tumor cerebral?

Un tumor cerebral és una massa dins el cervell que té l'origen en el creixement descontrolat de cèl·lules derivades, bé de components pròpiament cerebrals, o bé provinents de cèl·lules tumorals localitzades en altres zones de l'organisme (metàstasi).

Es pot tractar d'una lesió benigna (generalment de creixement lent i curable si es pot ressecat amb tractament neuroquirúrgic) o maligna (de ràpid creixement, no curable amb tractament quirúrgic, de manera que pot tornar a reproduir-se després de l'operació).

Els símptomes de presentació depenen fonamentalment del lloc on creix el tumor.

Els més freqüents són: mal de cap, defectes neurològics (el més freqüent, pèrdua de força en la meitat del cos, dificultats per parlar, etc.), epilèpsia, alteració del comportament, etc.

Aquests símptomes són deguts fonamentalment a la compressió produïda per la massa tumoral i l'edema (inflamació) que el tumor produeix sobre el cervell sa que l'envolta (sobre aquest edema es pot actuar amb medicació adequada, generalment corticoides, produint una gran millora en la major part dels pacients, encara que transitòria).

El diagnòstic de tumor cerebral es realitza mitjançant proves d'imatge com la Tomografia Computada (TC) o Ressonància Magnètica (RM). Ambdues indiquen la mida i la localització de la lesió i poden, així mateix, suggerir la naturalesa del tumor, encara que no aportin certesa total sobre la mateixa.

2. DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DELS TUMORS CEREBRALS

2.1. En què consisteix l'operació?

L'operació consisteix en l'obertura del crani (craneotomia) per accedir al lloc on està situat el tumor i extirpar-lo.

La cicatriu a la pell del cuir cabellut dependrà de la localització i grandària de la lesió.

Intraoperatòriament s'analitza una mostra del tumor per conèixer provisionalment la seva naturalesa benigna o maligna. No obstant això, l'informe definitiu respecte al tipus de tumor es rep al cap d'una setmana aproximadament.

La dificultat i durada de la intervenció depèn del tipus i localització del tumor, tractant-se en tot cas d'intervencions de llarga durada (un mínim de 3-4 hores).

En alguns casos, la cirurgia es considera curativa, posant fi al tractament, com és el cas de molts tumors benignes. Quan es tracta de tumors malignes, l'operació no és curativa sinó que l'objectiu de la mateixa és arribar al diagnòstic de certesa del tipus de tumor, reduir la seva mida per a alleujar els símptomes de compressió cerebral i preparar per a altres tractaments posteriors, que solen ser més efectius si s'ha pogut reduir aquesta grandària.

Aquestes altres opcions terapèutiques són la radioteràpia i la quimioteràpia, moltes vegades imprescindibles en el tractament del pacient amb un tumor cerebral que ja ha estat operat.

2.2. Què és el Consentiment Informat?

Abans de realitzar cap intervenció quirúrgica, li serà requerit signar un imprès de "consentiment informat" on autoritza l'equip de Neurocirurgia a realitzar la intervenció especificada, i en el qual assumeix les complicacions que s'hi detallen. Es tracta d'una mesura d'obligat compliment des del punt de vista legal, davant de qualsevol acte mèdic.

2.3. Com és el postoperatori?

Dependrà molt de la situació del pacient abans de l'operació.

Després de sortir del quiròfan, en la majoria dels casos, el pacient passarà a la Unitat de Reanimació, on romandrà fins al dia següent de l'operació (menys si la recuperació és molt favorable). Això té com a objectiu que la recuperació de l'anestèsia sigui lenta i el més idònia per al cervell recentment operat. A més permet una millor vigilància del pacient en les primeres hores, podent detectar complicacions primerenques que requerissin una nova reintervenció.

Un cop de tornada a la planta de Neurocirurgia, el pacient s'anirà incorporant progressivament fins aixecar-se quan més aviat millor. Després 7-8 dies de la intervenció, es retiren els punts i se sol rebre el resultat de l'estudi d'Anatomia Patològica del tumor extirpat (sol correspondre amb l'anticipat durant la cirurgia). En funció d'aquest resultat es decideix una estratègia terapèutica o una altra.

El pacient serà donat d'alta als 4-6 dies d'intervenir-se sinó hi ha cap complicació, pendent o no d'altres tractaments complementaris (quimioteràpia i/o radioteràpia).

3. ALTERNATIVES RAONABLES AL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DELS TUMORS CEREBRALS

Avui en dia, no hi ha alternatives terapèutiques al tractament quirúrgic dels tumors cerebrals. L'equip de neurocirurgia avalua en cada cas quin és el procediment quirúrgic més adequat per a cada pacient.

4. RISCS GENERALS I/O ESPECÍFICS

4.1. Riscs generals:

- Epilèpsia postquirúrgica . (4-19%), sobretot en: tumors hemisfèrics cerebrals, abscessos cerebrals, empiema, hidrocefalia i trauma cranial. .
- Edema postquirúrgic.
- Hipertensió intracranial.
- Hemorràgia postquirúrgica: H. epidural (0,9-7%) H. intracerebral (3,9%).
- Embolime aeri (3%), sobretot en posició asseguda o semiasseguda.
- Infeccions (3%): superficial (ferida cutània), profunda.
- Complicacions gastrointestinals: úlceres d'estrés medicamentosa.
- Trombosi venosa. Trombosi venosa profunda (4,3%) i Tromboembolisme pulmonar (0,5%).
- Fracàs respiratori agut.
- Infecció hospitalaria:
 - Pneumònia, més en pacients amb baix nivell de consciència i immunodeprimits.
 - Infecció urinària, pacients portadors de sonda vesical, immunodeprimits i en proximitat amb altres pacients també portadors de sonda vesical.
- Complicacions hidroelectrolítiques i metabòliques: diabetis insípida (lesions del tracte supraòptic-hipofisari), secreció inadequada d'ADH, hiperglucèmia (freqüent amb l'administració de corticoides), hiponatrèmia i hiperuricèmia.
- Complicacions de la monitorització invasiva:
 - Pressió intracranial: Intraventricular (hemorràgia intracerebral, obstrucció de catèter, ventriculitis);
 - Epidural (infecció superficial); Intraparenquimatosos (abscessos cerebrals, complicació casual, hemorràgia intracerebral).
 - Catèters arterials: trombosi, complicacions isquémico-necròtiques, infecció.
 - Catèter venós central, catèter arterio-pulmonar, cateterisme de subclàvia o vena jugular: lesió carotídia, lesió de pleura, lesió de plexe braquial, lesió traqueal, trombosi venosa, hemotòrax, pneumotòrax, perforació arterial o paret ventricular, infecció, sèpsia.
- Infeccions:
 - Cirurgia bruta (malalts infectats prèviament. Abscessos, empiema, osteïtis, ventriculitis, meningitis, infecció cutània): * infecció superficial (3,5%), * infecció profunda (5,6%).

- Cirurgia contaminada (malalts amb ferides obertes, fractura cranial múltiple, fístula de LCR, segones intervencions): * infecció superficial (3,1%), * infecció profunda (6,6%).
- Cirurgia neta contaminada (cirurgia en contacte con sins paranasals, fractura de crani, cirurgia de duració superior a les 2 hores): * infecció superficial (1,6%), * infecció profunda (5,1%).
- Cirurgia neta amb cos estrany (material de fixació vertebral, vàlvules, clips, acrílics, plàsties durals): * infecció superficial (1,7%), * infecció profunda (4,34%).
- Cirurgia neta: * infecció superficial (1,9%), * infecció profunda (0,7%).

4.2. Riscs específics:

• Complicacions de la cirurgia dels tumors cerebrals hemisfèrics:

- Mortalitat operatòria (0,5%-3%).
- Crisis epilèptiques postquirúrgiques (2%).
- Dèficit neurològic: en funció de la localització: hemiparèsia (0,5-2,1%), alteració del camp visual (0,2-1,4%);
- trastorn del llenguatge (0,4-1%); dèficit sensitiu (0,3-1%).
- Hemorràgia intracerebral postquirúrgica (0,1-1%): subdural; epidural; intraparenquimatosa.
- Infecció (0,1-6,8%): superficial cutània, osteomielitis, meningitis, abscess cerebral.

• Complicacions de la cirurgia dels tumors de fossa posterior:

- Trastorn hemodinàmic per manipulació tumoral.
- Embòlia gasosa (malalts en posició asseguda).
- Hemorràgia posquirúrgica: hematoma en el llit tumoral; hematoma intracerebral.
- Infart-edema.
- Hidrocefàlia postquirúrgica.
- Fístula de líquid cefalorraquídi.
- Meningitis asèptica-sèptica.
- Pneumoencèfal.
- Metàstasis al llarg del neuroeix: meduloblastomes, ependinomes, oligodendroglomes (complicació casual).

5. RISCS 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 tingut ocasió de fer totes les preguntes que he desitjat.

Ponderats els riscos i les avantatges, he decidit sotmetre 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