



CONSENTIMIENTO INFORMADO

..... 1er. APELLIDO
..... 2º. APELLIDO
..... NOMBRE
HISTORIA CLINICA

D.N.I. del paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre del Médico que informa: _____

Nº Colegiado: _____

SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO I

¿Qué es la malformación de Chiari?

La malformación de Chiari se define como el descenso o hernia de una parte del cerebelo por debajo de la unión cráneo-cervical (el paso de cerebro a médula espinal). Esto ocasiona que el líquido cefalo-raquídeo, que todos tenemos, no circule adecuadamente. No es infrecuente que este líquido se acumule dentro de la médula espinal ocasionando lo que se conoce como **siringomielia**. Con menor frecuencia, se puede acumular este líquido en el cerebro produciendo **hidrocefalia**.

Hay varios tipos de malformaciones de Chiari, pero con diferencia la más frecuente es la malformación de Chiari tipo I. La causa de esta anomalía es congénita en la mayoría de los casos. Sus síntomas son muy variados; el más frecuente es el dolor de cabeza con el esfuerzo, pero también puede producir vértigo, dolor cervical, irritabilidad, alteraciones de la marcha, dificultades para tragar, apneas del sueño, pérdida de sensibilidad al dolor y la temperatura, trastornos de la motilidad de miembros superiores o inferiores, entre otros.

Objetivos de la intervención

Su neurocirujano infantil le ha recomendado la intervención quirúrgica para mejorar sus síntomas, prevenir un daño neurológico adicional, y conseguir controlar o hacer desaparecer la siringomielia, si ésta existe. La cirugía consiste en descomprimir cuidadosamente la unión cráneo-cervical. Esto se realiza a través de una incisión en la piel, resección de parte del hueso occipital, y generalmente parte de la primera vértebra cervical. En ocasiones, se puede abrir la duramadre (meninges o membranas que envuelven el cerebro) para realizar un parche y/o reseca parte del cerebelo que está herniado.

Después de la intervención su hijo será vigilado en la unidad de cuidados intensivos durante un día, aproximadamente, y después podrá pasar a su habitación. Tras el alta hospitalaria, se recomienda al paciente que se incorpore gradualmente a su actividad habitual, con restricción para la actividad física intensa durante 2 a 4 semanas, pudiendo realizar una vida normal sin restricciones aproximadamente a los tres meses.

En ocasiones, es necesario el uso de transfusión de componentes sanguíneos.

Alternativas

Hoy en día no existe ningún tratamiento no quirúrgico para mejorar los síntomas neurológicos de la malformación de Chiari y de la siringomielia. El dolor de cabeza y cervical se pueden intentar controlar con analgésicos convencionales.

Consecuencias seguras o probables del procedimiento

Como consecuencia de la intervención quedará una cicatriz, que en ocasiones puede ser visible a través del cuero cabelludo.

Riesgos

1. Complicaciones generales: hematoma en el lecho quirúrgico (menos del 5%), infección de la herida quirúrgica superficial (aprox. 5% casos).
2. Complicaciones específicas de la operación: en el caso de abrir las meninges se puede producir complicaciones relacionadas con el líquido cefalo-raquídeo. Estas incluyen, la fístula de LCR y pseudomeningocele (menos del 10%), meningitis aséptica (aproximadamente 5%), meningitis bacteriana (menos de 5%), hidrocefalia (menos del 5%), empeoramiento de la siringomielia (menos del 5%), y apnea prolongada (muy infrecuente) En caso de aparecer alguna de estas complicaciones, puede ser necesario algún otro tipo de intervención para solucionarlas.

3. Complicaciones tardías: entorno al 10-20% de los pacientes puede volver a experimentar los mismos síntomas debido a la formación de una cicatriz interna que vuelve a comprimir la unión cráneo-cervical.
4. El riesgo de mortalidad de este tipo de cirugía suele ser menor del 1%.

Beneficios de la cirugía

El dolor de cabeza y cuello son los síntomas que suelen mejorar con mayor frecuencia después de la cirugía (en torno al 75% de los casos). Los síntomas de compresión de estructuras de la unión cráneo-cervical (apnea o imposibilidad de respiración transitoria, dificultad para la marcha, dificultad para tragar, etc.) suelen también mejorar significativamente. La siringomielia y sus síntomas relacionados pueden mejorar en aproximadamente 50-60% de los casos, especialmente si se opera de manera precoz. En general, el procedimiento que su neurocirujano le ha indicado logra mejorar la calidad de vida del paciente.

Riesgos personalizados: NO SI Especificar:

OTRAS CONSIDERACIONES:

Si precisa más información o alguna aclaración, no dude en preguntarnos.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto de que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.
- Acepto la posibilidad de que el procedimiento sea realizado por médicos residentes tutelados por médicos especialistas del Servicio.
- Autorizamos a realizar fotografías o ha grabar el procedimiento quirúrgico, así como utilizar las imágenes o información del caso con fines docentes o científicos, respetando en todo momento el anonimato de mi hijo/hija.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la denegación si esto llegara a suceder.

Firma del menor
(con madurez suficiente)

Firma del Padre, Madre o Tutor

Firma del Médico

DENEGACION DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACION DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo _____

Firma paciente,

Firma testigo,

Firma médico,

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, etc.).

Nombre: _____ D.N.I.: _____
Firma,

En calidad de _____ deniego la autorización para realizar el procedimiento mencionado.