

HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

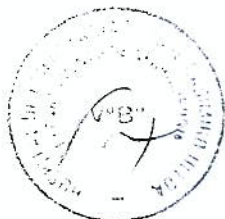
GUIAS DE PROCEDIMIENTOS
DEL
DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGÍA

Dr. REYNALDO SOTO URBINA
Jefe del Departamento

2013

ÍNDICE

	Pág.
1. Guía de Procedimiento de Agujero de Trepanación	1 - 5
2. Guía de Procedimiento de Craneotomía	6 - 10
3. Guía de Procedimiento de Cirugía del Hematoma Epidural	11 - 15
4. Guía de Procedimiento de Cirugía del Hematoma Subdural Agudo - Subagudo	16 - 20
5. Guía de Procedimiento de Cirugía del Hematoma Subdural Crónico	21 - 25
6. Guía de Procedimiento de Cirugía del Hematoma Intraparenquimal	26 - 30
7. Guía de Procedimiento de Tumor Cerebral	31 - 35
8. Guía de Procedimiento de Cirugía Vertebral Cervical Anterior	36 - 40
9. Guía de Procedimiento de Laminectomía	41 - 44
10. Guía de Procedimiento de Cirugía de Hernia Discal Lumbar	45 - 48





Resolución Directoral

Miraflores, 03 de Abril del 2013

VISTO:

El Expediente N° 13-003297-001, que contiene el Informe N° 005-DNE-HEJCU-2013, emitido por el Departamento de Neurocirugía, el Informe N° 033-OGC-HEJCU-2013 emitido por la Oficina Gestión de la Calidad, el Informe N° 050-2013-OEPP-EPO-HEJCU, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, y el Informe Legal N° 057 - 2013 -OAJ-HEJCU emitido por la Oficina de Asesoría Legal, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842- Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la atención en salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que sustentan en criterios médicos científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer al acto médico, la calidad de la atención de la salud y el uso adecuado de recursos, por lo que los profesionales médicos como parte del equipo de salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 027-MINSA/dgsp-v.01 "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" la cual es de aplicación en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA se aprobó las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuya finalidad es fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función que cumple como Autoridad Nacional de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 "Categorías de Establecimientos de Salud", cuya finalidad es; *"contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de la salud de la población"*;

Que, mediante Resolución Directoral N° 091-2012-DG-HEJCU, se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" en el Capítulo VI establece que una de las funciones del Departamento de Neurocirugía es elaborar el Manual de Organización y Funciones y otros documentos de gestión de su Departamento.

Que, el Jefe del Departamento de Neurocirugía del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", remite Diez (10) Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Neurocirugía, solicitando su aprobación correspondiente;

Que, mediante Informe N° 033-OGC-HEJCU-2013, la Jefa de la Oficina Gestión de la Calidad, emite opinión favorable al mismo y adjunta los *"Instrumento para evaluar la Estructura de Guías de Procedimientos"*, elaborado por el Departamento de Neurocirugía;

Que, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, mediante Informe N° 046-2013-OEPP-EPO-HEJCU, en cumplimiento de sus funciones opina que se continúe con los trámites administrativos para la aprobación de (10) Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Neurocirugía, toda vez que cumplen con los criterios mínimos de evaluación requeridos;

Que, estando a lo opinado por la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe Legal N° 057-2013-OAJ-HECJU, las Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Neurocirugía propuesto reúne todos los requisitos establecidos en la Ley N° 26842- Ley General de Salud, Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.



Estando a lo propuesto por el Departamento de Neurocirugía;

Contando con las visaciones, del Director Médico, del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe del Departamento de Neurocirugía del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA;

En uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR las Guías de Procedimientos Asistenciales elaborado por el Departamento de Neurocirugía del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", las que en número de (10) Diez, forman parte de la presente Resolución, las cuales se detallan a continuación;

- Guía de Procedimientos de Agujero de Trepanación.
- Guía de Procedimientos de Craneotomía.
- Guía de Procedimientos de Cirugía del Hematoma Epidural.
- Guía de Procedimientos de Cirugía del Hematoma Subdural Agudo – Subagudo.
- Guía de Procedimientos de Cirugía del Hematoma Subdural Crónico.
- Guía de Procedimientos de Cirugía del Hematoma Intraparenquimal.
- Guía de Procedimientos de Cirugía del Tumor Cerebral.
- Guía de Procedimientos de Cirugía Vertebral Cervical Anterior.
- Guía de Procedimientos de Laminectomía.
- Guía de Procedimientos de Cirugía de Hernia Discal Lumbar.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER que la Jefatura del Departamento de Neurocirugía, como unidad orgánica competente será el responsable de la difusión, cumplimiento, implementación y monitoreo de las Guías de Procedimientos Asistenciales de Neurocirugía, en atribución a sus funciones.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución en la página Web Institucional.

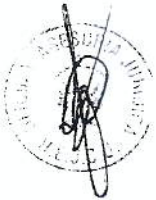
Regístrese, Comuníquese y Cúmplase;

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

DR. MANUELA VILCHEZ ZALDIVAR
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 13552

MAVZ/LEAH/JHDC/SEV/ERFZ/dsb

Cc: Dirección Médica
Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto
Of. de Asesoría Jurídica
Of. de Gestión de la Calidad
Departamento de Neurocirugía
Of. de Comunicaciones
Archivo



GUIA DE PROCEDIMIENTO

AGUJERO DE TREPANACIÓN

I. Nombre y Código

- Drenaje Intraventricular Cód. 61026
- Hematoma Intracerebral Cód. 61156
- Monitoreo Presión Intracraneana Cód. 61210
- Biopsia de Cerebro ó de Lesión Intracraneana Cód. 61140
- Derivación Ventrículo-Peritoneal Cód. 62223
- Hematoma Subdural Crónico Cód. 61154

II. **Definición:** Apertura quirúrgica del cráneo. Con el nombre de Agujero de Trepanación se designa el abordaje de la cavidad endocraneana a través de un agujero de trepanación de 2 cms. de diámetro, sin colgajo óseo.

III. Indicaciones

- Hematoma Subdural crónico
- Hematoma Subagudo
- Drenaje intraventricular
- Monitoreo PIC
- Derivación V – P
- Biopsia quirúrgica estereotáxica

IV. Instrumental de Cráneo

1. Mesa Básica

- Mango de bisturí Nº 3 hoja Nº 15
- Dos mangos de bisturí Nº 4 hojas Nº 21
- Tijeras para tejidos de Metzenbaum
- Tijeras para material de Mayo
- Pinzas hemostáticas o ganchos de Mitchel-Raney
- Pinzas hemostáticas Kelly
- Pinzas Allis
- Pinzas en bayoneta, pinza de disección con dientes y pinzas de Adson sin dientes
- Rugina curva (raspador)
- Disector de Adson love
- Cucharita o cureta
- Separadores de Farabeuf
- Cánulas de succión con los mandriles (metálicas y de vidrio)
- Separador de Mastoides
- Mango de Hudson con sus trépanos, fresas y extensión de cerebelo
- Perforador de hueso con su broca (still)
- Recipientes de cristal
- Cánulas ventriculares
- Jeringas y agujas hipodérmicas



- Porta agujas generales
- Porta agujas para duramadre
- Gancho para nervio (romo)
- Gancho para duramadre (agudo)
- Paquete de agujas
- Recipiente para cotonoides de todos los tamaños
- Pinzas de campo
- Cable del electro coagulador monopolar
- Cable del electro coagulador bipolar
- Dos mangueras de caucho para la succión
- Craneótomo eléctrico
- Tabla para mantener y presentar los cotonoides
- Material de hemostasia (celulosa oxidada, hemocolágeno, celulosa oxidada regenerada en polvo)

V. Técnica

Previa anestesia general.

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

La posición del paciente y de la mesa quirúrgica es según la localización de la lesión. Se coloca el paciente en posición de cúbito dorsal o de cúbito lateral, con la cabeza en posición neutra o rotada 45 grados. La cabeza debe colocarse sobre un soporte acolchonado o fijarse con los tornillos del soporte metálico de Mayfield, de tal manera que quede un poco elevado sobre el plano cardiaco para permitir un adecuado drenaje venoso encefálico.

Asepsia y Antisepsia: sobre el cráneo completamente rasurado se práctica lavado exhaustivo con solución jabonosa yodada, previa protección de los globos oculares y de los conductos auditivos. Con una compresa estéril secamos la piel y volvemos a lavar con hoja de bisturí o con una escobilla impregnada con azul de metileno marcamos la incisión sobre la piel.

Colocamos los campos operatorios alrededor del sitio de la incisión, los cuales fijamos con pinzas de campo o con puntos de seda 00 y los protegemos con (Sterile- drape) plástico estéril adherente.

Realizamos la incisión de la piel y el tejido subcutáneo con bisturí N° 21 y con pinzas Kelly y/o Bipolar controlamos el sangrado.

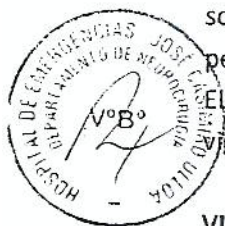
Usando el perforador (manual o eléctrico) practicamos el agujero de trepanación, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda y sobre la meninge dural con coagulación bipolar.

Una vez practicado el procedimiento específico (Por ejemplo: colocación del catéter para monitoreo PIC, acceso ventricular para derivaciones del LCR, etc.). Se revisa la hemostasia y se procede al cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo. Constatando previamente la permeabilidad del sistema.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.

VI. Contraindicaciones

- Diátesis hemorrágica.



VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado

VIII. Bibliografía

- Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed. Orlando: Gunne & Streeton . 1988.
- Youmans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.
- Tyndall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE AGUJERO DE TREPANACIÓN

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI Nº.....

Nombre del representanteDNI Nº

1. Conste por el presente documento:

a) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

b) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

c) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

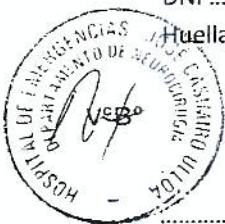
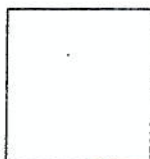
Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

Médico Tratante

CMP.....

Huella digital



Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE AGUJERO DE TREPANACIÓN

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

Revoco el consentimiento informado de
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Lima,.....de.....del.....

.....
Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

.....
Médico Tratante
CMP.....

Huella digital



.....
Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

GUIA DE PROCEDIMIENTO

CRANEOTOMIA

I. Nombre y Código

- Craneotomía Exploratoria Cód. 61304
- Craneotomía Descompresiva con ó sin Duroplastia Cód. 61322
- Craneotomía con Tratamiento de Herida Penetrante de Cerebro Cód. 61571
- Corrección de Fractura Deprimida Cód. 62010

II. **Definición:** Apertura quirúrgica del cráneo con abordaje de la cavidad endocraneana a través de una craneotomía con colgajo óseo.

III. Indicaciones

- Hematoma epidural
- Hematoma Subdural agudo
- Hematoma intracerebral
- Tumor intracerebral
- Craneotomía descompresiva
- Clipaje de aneurismas
- Resección de malformaciones arteriovenosas

IV. Instrumental de Cráneo

1. Mesa Básica

Mango de bisturí N°3 hoja N° 15

Dos mangos de bisturí N° 4 hojas N° 21

Tijeras para tejidos de Metzenbaum

Tijeras para material de Mayo

Pinzas hemostáticas o ganchos de Mitchel-Raney

Pinzas hemostáticas Kelly

Pinzas Allis

Pinzas en bayoneta, pinza de disección con dientes y pinzas de Adson sin dientes

Rugina curva (raspador)

Disector de Adson love

Cucharita o cureta

Separadores de Farabeuf

Cánulas de succión con los mandriles (metálicas y de vidrio)

Separador de Mastoides

Mango de Hudson con sus trépanos, fresas y extensión de cerebelo

Perforador de hueso con su broca (still)

Recipientes de cristal

Cánulas ventriculares

Jeringas y agujas hipodérmicas

Porta agujas generales

Porta agujas para duramadre

Gancho para nervio (romo)



- Gancho para duramadre (agudo)
- Paquete de agujas
- Recipiente para cotonoides de todos los tamaños
- Pinzas de campo
- Cable del electro coagulador monopolar
- Cable del electro coagulador bipolar
- Dos mangueras de caucho para la succión
- Craneótomo eléctrico
- Tabla para mantener y presentar los cotonoides
- Material de hemostasia (celulosa oxidada, hemocolágeno, celulosa oxidada regenerada en polvo)

V. Técnica:

Previa anestesia general .

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

La posición del paciente y de la mesa quirúrgica es según la localización de la lesión. Se coloca el paciente en posición de cúbito dorsal o de cúbito lateral, con la cabeza en posición neutra o rotada 45 grados. La cabeza debe colocarse sobre un soporte acolchonado o fijarse con los tornillos del soporte metálico de Mayfield, de tal manera que quede un poco elevado sobre el plano cardiaco para permitir un adecuado drenaje venoso encefálico.

Asepsia y Antisepsia: sobre el cráneo completamente rasurado se práctica lavado exhaustivo con solución jabonosa yodada, previa protección de los globos oculares y de los conductos auditivos. Con una compresa estéril secamos la piel y volvemos a lavar con hoja de bisturí o con una escobilla impregnada con azul de metileno marcamos la incisión sobre la piel.

Colocamos los campos operatorios alrededor del sitio de la incisión, los cuales fijamos con pinzas de campo o con puntos de seda 00 y los protegemos con (Sterile- drape) plástico estéril adherente.

Realizamos la incisión de la piel y el tejido subcutáneo con bisturí N° 21 y con pinzas Kelly y/o Bipolar controlamos el sangrado.

Usando el perforador (manual o eléctrico) practicamos el agujero de trepanación, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda y sobre la meninge dural con coagulación bipolar.

Se procede de manera similar con otro agujero de trepanación equidistante al primero y se utiliza la cuchilla del Craneotomo para cortar el hueso de manera convexa a ambos lados de los agujeros y obtener una craneotomía de tamaño variable de acuerdo al tipo de cirugía, haciendo hemostasia en los bordes del hueso con cera blanda y de la duramadre con coagulación bipolar, procediendo de acuerdo a la indicación quirúrgica del caso, para luego proceder al cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.

Contraindicaciones

De la técnica en si ninguna.

VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado



VIII. Bibliografía

Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed. Orlando: Gunne & Streeton . 1988.

Youmans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.

Tyndall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CRANEOTOMIA

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

X. Conste por el presente documento:

d) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

e) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

f) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

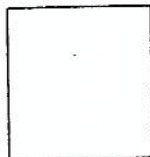
He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

Huella digital



.....
Médico Tratante

CMP.....



Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CRANEOTOMIA

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

Revoco el consentimiento informado de
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por
finalizado.

Lima,.....de.....del.....

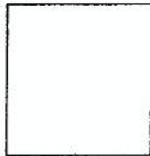
Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

Médico Tratante

CMP.....

Huella digital



Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

GUIA DE PROCEDIMIENTO

CIRUGIA DEL HEMATOMA EPIDURAL

I. Nombre y Código

- Hematoma Supratentorial Cód. 61312
- Hematoma Infratentorial Cód. 61314

II. Definición: Es la evacuación de colección hemática epidural a través de una craneotomía con colgajo óseo.

III. Indicaciones

- Hematoma epidural

IV. Instrumental de Cráneo

1. Mesa Básica

- Mango de bisturí Nº3 hoja Nº 15
- Dos mangos de bisturí Nº 4 hojas Nº 21
- Tijeras para tejidos de Metzenbaum
- Tijeras para material de Mayo
- Pinzas hemostáticas o ganchos de Mitchel-Raney
- Pinzas hemostáticas Kelly
- Pinzas Allis
- Pinzas en bayoneta, pinza de disección con dientes y pinzas de Adson sin dientes
- Rugina curva (raspador)
- Disector de Adson love
- Cucharita o cureta
- Separadores de Farabeuf
- Cánulas de succión con los mandriles (metálicas y de vidrio)
- Separador de Mastoides
- Mango de Hudson con sus trépanos, fresas y extensión de cerebelo
- Perforador de hueso con su broca (still)
- Recipientes de cristal
- Cánulas ventriculares
- Jeringas y agujas hipodérmicas
- Porta agujas generales
- Porta agujas para duramadre
- Gancho para nervio (romo)
- Gancho para duramadre (agudo)
- Paquete de agujas
- Recipiente para cotonoides de todos los tamaños
- Pinzas de campo
- Cable del electro coagulador monopolar
- Cable del electro coagulador bipolar



Dos mangueras de caucho para la succión
 Craneótomo eléctrico
 Tabla para mantener y presentar los cotonoides
 Material de hemostasia (celulosa oxidada, hemocolágeno, celulosa oxidada regenerada en polvo)

V. Técnica:

Previa anestesia general .

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

La posición del paciente y de la mesa quirúrgica es según la localización de la lesión. Se coloca el paciente en posición de cúbito dorsal o de cúbito lateral, con la cabeza en posición neutra o rotada 45 grados. La cabeza debe colocarse sobre un soporte acolchonado o fijarse con los tornillos del soporte metálico de Mayfield, de tal manera que quede un poco elevado sobre el plano cardiaco para permitir un adecuado drenaje venoso encefálico.

Asepsia y Antisepsia: sobre el cráneo completamente rasurado se práctica lavado exhaustivo con solución jabonosa yodada, previa protección de los globos oculares y de los conductos auditivos. Con una compresa estéril secamos la piel y volvemos a lavar con hoja de bisturí o con una escobilla impregnada con azul de metileno marcamos la incisión sobre la piel.

Colocamos los campos operatorios alrededor del sitio de la incisión, los cuales fijamos con pinzas de campo o con puntos de seda 00 y los protegemos con (Sterile- drape) plástico estéril adherente.

Realizamos la incisión de la piel y el tejido subcutáneo con bisturí N° 21 y con pinzas Kelly y/o Bipolar controlamos el sangrado.

Usando el perforador (manual o eléctrico) practicamos el agujero de trepanación, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda y sobre la meninge dural con coagulación bipolar.

Se procede de manera similar con otro agujero de trepanación equidistante al primero y se utiliza la cuchilla del Craneotomo para cortar el hueso de manera convexa a ambos lados de los agujeros y obtener una craneotomía de tamaño variable de acuerdo al tamaño del hematoma, haciendo hemostasia en los bordes del hueso con cera blanda y de la duramadre con coagulación bipolar,

Se evacua el hematoma epidural, removiendo el coagulo con espátula roma y aspiración, se realiza hemostasia epidural con coagulación bipolar y se colocan puntos hemostáticos de Dandy en duramadre, el neurocirujano evaluará la necesidad de dejar o no drenaje epidural, se repone plaqueta ósea, cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.



Contraindicaciones

De la técnica en si ninguna.

VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado

VIII. Bibliografía

Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed. Orlando: Gunne & Streeton . 1988.

Youmans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.

Tyndall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HEMATOMA EPIDURAL

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

X. Conste por el presente documento:

g) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

h) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

i) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anesestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

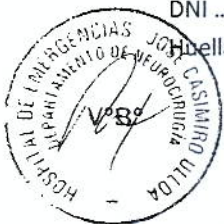
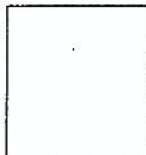
Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

Médico Tratante

CMP.....

Huella digital



Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HEMATOMA EPIDURAL

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

Revoco el consentimiento informado de
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por
finalizado.

Lima,.....de.....del.....

.....
Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

.....
Médico Tratante
CMP.....

Huella digital



.....
Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

- Cable del electro coagulador monopolar
- Cable del electro coagulador bipolar
- Dos mangueras de caucho para la succión
- Craneótomo eléctrico
- Tabla para mantener y presentar los cotonoides
- Material de hemostasia (celulosa oxidada, hemocolágeno, celulosa oxidada regenerada en polvo)

V. Técnica:

Previa anestesia general .

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

La posición del paciente y de la mesa quirúrgica es según la localización de la lesión. Se coloca el paciente en posición de cúbito dorsal o de cúbito lateral, con la cabeza en posición neutra o rotada 45 grados. La cabeza debe colocarse sobre un soporte acolchonado o fijarse con los tornillos del soporte metálico de Mayfield, de tal manera que quede un poco elevado sobre el plano cardiaco para permitir un adecuado drenaje venoso encefálico.

Asepsia y Antisepsia: sobre el cráneo completamente rasurado se práctica lavado exhaustivo con solución jabonosa yodada, previa protección de los globos oculares y de los conductos auditivos. Con una compresa estéril secamos la piel y volvemos a lavar con hoja de bisturí o con una escobilla impregnada con azul de metileno marcamos la incisión sobre la piel.

Colocamos los campos operatorios alrededor del sitio de la incisión, los cuales fijamos con pinzas de campo o con puntos de seda 00 y los protegemos con (Sterile- drape) plástico estéril adherente.

Realizamos la incisión de la piel y el tejido subcutáneo con bisturí N° 21 y con pinzas Kelly y/o Bipolar controlamos el sangrado.

Usando el perforador (manual o eléctrico) practicamos el agujero de trepanación, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda y sobre la meninge dural con coagulación bipolar.

Se procede de manera similar con otro agujero de trepanación equidistante al primero y se utiliza la cuchilla del Craneotomo para cortar el hueso de manera convexa a ambos lados de los agujeros y obtener una craneotomía de tamaño variable de acuerdo al tamaño del hematoma, haciendo hemostasia en los bordes del hueso con cera blanda y de la duramadre con coagulación bipolar,

Luego se procede a la apertura de la duramadre con colgajo, se evacua el hematoma subdural, con espátula roma y aspiración, se realiza hemostasia de vasos subdurales, el neurocirujano evaluará la necesidad de dejar o no drenaje subdural, se cierra la duramadre, se repone plaqueta ósea (En caso de edema cerebral severo, se considerará la posibilidad de no optar por el cierre dural y/o reposición de plaqueta ósea), cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo.

(En caso de edema cerebral severo, se considerará la posibilidad de no optar por el cierre dural y/o reposición de plaqueta ósea).

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.

VI. Contraindicaciones

De la técnica en si ninguna.



VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado

VIII. Bibliografía

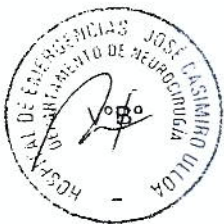
Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed. Orlando: Gunne & Streeton . 1988.

Youmans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.

Tyndall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO - SUBAGUDO

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI Nº.....

Nombre del representanteDNI Nº

X. Conste por el presente documento:

j) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

k) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

l) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anesestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante

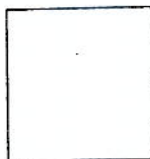
DNI

Médico Tratante

CMP.....



Huella digital



Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO - SUBAGUDO

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

Revoco el consentimiento informado de

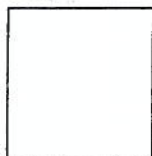
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

Médico Tratante
CMP.....

Huella digital



Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

Año 2013

GUIA DE PROCEDIMIENTO

CIRUGIA DE HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO

I. Nombre y Código

- Hematoma Subdural Crónico Cód. 61154

II. **Definición:** Es la evacuación de colección subdural crónica a través de un agujero de trepanación de 2 cms. de diámetro, sin colgajo óseo.

III. Indicaciones

- Hematoma Subdural crónico

IV. Instrumental de Cráneo

1. Mesa Básica

- Mango de bisturí Nº3 hoja Nº 15
- Dos mangos de bisturí Nº 4 hojas Nº 21
- Tijeras para tejidos de Metzenbaum
- Tijeras para material de Mayo
- Pinzas hemostáticas o ganchos de Mitchel-Raney
- Pinzas hemostáticas Kelly
- Pinzas Allis
- Pinzas en bayoneta, pinza de disección con dientes y pinzas de Adson sin dientes
- Rugina curva (raspador)
- Disector de Adson love
- Cucharita o cureta
- Separadores de Farabeuf
- Cánulas de succión con los mandriles (metálicas y de vidrio)
- Separador de Mastoides
- Mango de Hudson con sus trépanos, fresas y extensión de cerebelo
- Perforador de hueso con su broca (still)
- Recipientes de cristal
- Cánulas ventriculares
- Jeringas y agujas hipodérmicas
- Porta agujas generales
- Porta agujas para duramadre
- Gancho para nervio (romo)
- Gancho para duramadre (agudo)
- Paquete de agujas
- Recipiente para cotonoides de todos los tamaños
- Pinzas de campo
- Cable del electro coagulador monopolar
- Cable del electro coagulador bipolar
- Dos mangueras de caucho para la succión
- Craneótomo eléctrico



Tabla para mantener y presentar los cotonoides
Material de hemostasia (celulosa oxidada, hemocolágeno, celulosa oxidada regenerada en polvo)
Sistema de drenaje subdural a presión negativa

V. Técnica

Previa anestesia general.

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

La posición del paciente y de la mesa quirúrgica es según la localización de la lesión. Se coloca el paciente en posición de cúbito dorsal o de cúbito lateral, con la cabeza en posición neutra o rotada 45 grados. La cabeza debe colocarse sobre un soporte acolchonado o fijarse con los tornillos del soporte metálico de Mayfield, de tal manera que quede un poco elevado sobre el plano cardiaco para permitir un adecuado drenaje venoso encefálico.

Asepsia y Antisepsia: sobre el cráneo completamente rasurado se práctica lavado exhaustivo con solución jabonosa yodada, previa protección de los globos oculares y de los conductos auditivos. Con una compresa estéril secamos la piel y volvemos a lavar con hoja de bisturí o con una escobilla impregnada con azul de metileno marcamos la incisión sobre la piel.

Colocamos los campos operatorios alrededor del sitio de la incisión, los cuales fijamos con pinzas de campo o con puntos de seda 00 y los protegemos con (Sterile- drape) plástico estéril adherente.

Realizamos la incisión de la piel y el tejido subcutáneo con bisturí N° 21 y con pinzas Kelly y/o Bipolar controlamos el sangrado.

Usando el perforador (manual o eléctrico) practicamos el agujero de trepanación, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda y sobre la meninge dural con coagulación bipolar.

Con bisturí N° 15 se apertura la duramadre, drenando el hematoma subdural crónico, procediendo al lavado profuso con solución salina y dejando un sistema de drenaje subdural a presión negativa, el que se exterioriza y se fija a la piel por contraabertura, revisión de hemostasia, cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo. Constatando previamente la permeabilidad del sistema.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.

VI. Contraindicaciones

- Diátesis hemorrágica.

VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado.

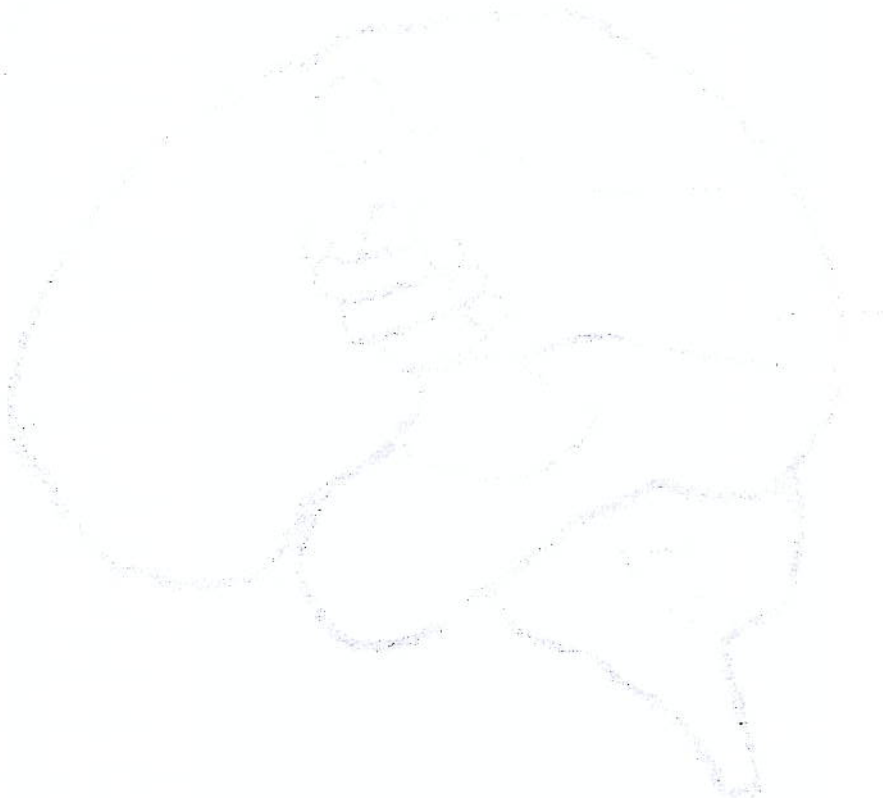


VIII. Bibliografía

- Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed. Orlando: Gunne & Streeton . 1988.
- Youmans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.
- Tyndall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

X. Conste por el presente documento:

m) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

n) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

o) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anesestiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

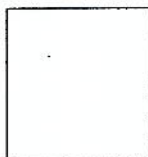
He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

Huella digital



Médico Tratante

CMP.....



Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

Revoco el consentimiento informado de
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por
finalizado.

Lima,.....de.....del.....

.....
Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

.....
Médico Tratante

CMP.....

Huella digital



.....
Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

GUIA DE PROCEDIMIENTO

CIRUGIA DE HEMATOMA INTRAPARENQUIMAL

I. Nombre y Código

- Hematoma intraparenquimal Cód. 61313

II. **Definición:** Es la evacuación de colección hemática intracerebral o intraparenquimal a través de una craneotomía con colgajo óseo.

III. Indicaciones

- Hematoma intracerebral agudo

IV. Instrumental de Cráneo

1. Mesa Básica

- Mango de bisturí N°3 hoja N° 15
- Dos mangos de bisturí N° 4 hojas N° 22
- Tijeras para tejidos de Metzenbaum
- Tijeras para material de Mayo
- Pinzas hemostáticas o ganchos de Mitchel-Raney
- Pinzas hemostáticas Kelly
- Pinzas Allis
- Pinzas en bayoneta, pinza de disección con dientes y pinzas de Adson sin dientes
- Rugina curva (raspador)
- Disector de Adson love
- Cucharita o cureta
- Separadores de Farabeuf
- Cánulas de succión con los mandriles (metálicas y de vidrio)
- Separador de Mastoides
- Mango de Hudson con sus trépanos, fresas y extensión de cerebelo
- Perforador de hueso con su broca (still)
- Recipientes de cristal
- Cánulas ventriculares
- Jeringas y agujas hipodérmicas
- Porta agujas generales
- Porta agujas para duramadre
- Gancho para nervio (romo)
- Gancho para duramadre (agudo)
- Paquete de agujas
- Recipiente para cotonoides de todos los tamaños
- Pinzas de campo
- Cable del electro coagulador monopolar
- Cable del electro coagulador bipolar
- Dos mangueras de caucho para la succión
- Craneótomo eléctrico



Tabla para mantener y presentar los cotonoides
Material de hemostasia (celulosa oxidada, hemocolágeno, celulosa oxidada regenerada en polvo)

V. Técnica:

Previa anestesia general .

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

La posición del paciente y de la mesa quirúrgica es según la localización de la lesión. Se coloca el paciente en posición de cúbito dorsal o de cúbito lateral, con la cabeza en posición neutra o rotada 45 grados. La cabeza debe colocarse sobre un soporte acolchonado o fijarse con los tornillos del soporte metálico de Mayfield, de tal manera que quede un poco elevado sobre el plano cardiaco para permitir un adecuado drenaje venoso encefálico.

Asepsia y Antisepsia: sobre el cráneo completamente rasurado se práctica lavado exhaustivo con solución jabonosa yodada, previa protección de los globos oculares y de los conductos auditivos. Con una compresa estéril secamos la piel y volvemos a lavar con hoja de bisturí o con una escobilla impregnada con azul de metileno marcamos la incisión sobre la piel.

Colocamos los campos operatorios alrededor del sitio de la incisión, los cuales fijamos con pinzas de campo o con puntos de seda 00 y los protegemos con (Sterile- drape) plástico estéril adherente.

Realizamos la incisión de la piel y el tejido subcutáneo con bisturí N° 21 y con pinzas Kelly y/o Bipolar controlamos el sangrado.

Usando el perforador (manual o eléctrico) practicamos el agujero de trepanación, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda y sobre la meninge dural con coagulación bipolar.

Se procede de manera similar con otro agujero de trepanación equidistante al primero y se utiliza la cuchilla del Craneotomo para cortar el hueso de manera convexa a ambos lados de los agujeros y obtener una craneotomía de tamaño variable de acuerdo al tipo de cirugía, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda, quedando expuesta la duramadre.

Luego se procede a la apertura de la duramadre con colgajo, se realiza corticectomía con coagulación bipolar y se profundiza hasta el coagulo intraparenquimal, procediendo a extraerlo con aspiración y/o pinzas Cushing, controlando la hemostasia. Dependiendo del volumen de sangrado residual el neurocirujano evaluará el colocar drenaje en el lecho quirúrgico, exteriorizado y sujeto a piel por contraabertura.

Se procede al cierre de duramadre, reposición de plaqueta ósea (En caso de edema cerebral severo, se considerará la posibilidad de no optar por el cierre dural y/o reposición de plaqueta ósea), cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.

VI. Contraindicaciones

De la técnica en si ninguna.

VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado.



VIII. Bibliografía

Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed. Orlando: Gunne & Streeton . 1988.

Youmans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.

Tyndall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HEMATOMA INTRAPARENQUIMAL

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°.....

X. Conste por el presente documento:

p) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

q) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

r) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

Huella digital



Médico Tratante

CMP.....



Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HEMATOMA INTRAPARENQUIMAL

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

Revoco el consentimiento informado de
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por
finalizado.

Lima,.....de.....del.....

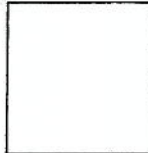
.....
Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

.....
Médico Tratante

CMP.....

Huella digital



.....
Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

GUIA DE PROCEDIMIENTO

CIRUGIA DE TUMOR CEREBRAL

I. Nombre y Código

- Craneotomía de Resección Excepto Meningioma Cód. 61510
- Craneotomía de Resección de Meningioma Cód. 61512

II. **Definición:** Es la resección de tejido tumoral intracerebral a través de una craneotomía con colgajo óseo.

III. Indicaciones

- Tumor cerebral.

IV. Instrumental de Cráneo

1. Mesa Básica

Mango de bisturí Nº3 hoja Nº 15

Dos mangos de bisturí Nº 4 hojas Nº 21

Tijeras para tejidos de Metzenbaum

Tijeras para material de Mayo

Pinzas hemostáticas o ganchos de Mitchel-Raney

Pinzas hemostáticas Kelly

Pinzas Allis

Pinzas en bayoneta, pinza de disección con dientes y pinzas de Adson sin dientes

Rugina curva (raspador)

Disector de Adson love

Cucharita o cureta

Separadores de Farabeuf

Cánulas de succión con los mandriles (metálicas y de vidrio)

Separador de Mastoides

Mango de Hudson con sus trépanos, fresas y extensión de cerebelo

Perforador de hueso con su broca (still)

Recipientes de cristal

Cánulas ventriculares

Jeringas y agujas hipodérmicas

Porta agujas generales

Porta agujas para duramadre

Gancho para nervio (romo)

Gancho para duramadre (agudo)

Paquete de agujas

Recipiente para cotonoides de todos los tamaños

Pinzas de campo

Cable del electro coagulador monopolar



- Cable del electro coagulador bipolar
- Dos mangueras de caucho para la succión
- Craneótomo eléctrico
- Tabla para mantener y presentar los cotonoides
- Material de hemostasia (celulosa oxidada, hemocolágeno, celulosa oxidada regenerada en polvo)

V. Técnica:

Previa anestesia general .

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

La posición del paciente y de la mesa quirúrgica es según la localización de la lesión. Se coloca el paciente en posición de cúbito dorsal o de cúbito lateral, con la cabeza en posición neutra o rotada 45 grados. La cabeza debe colocarse sobre un soporte acolchonado o fijarse con los tornillos del soporte metálico de Mayfield, de tal manera que quede un poco elevado sobre el plano cardiaco para permitir un adecuado drenaje venoso encefálico.

Asepsia y Antisepsia: sobre el cráneo completamente rasurado se práctica lavado exhaustivo con solución jabonosa yodada, previa protección de los globos oculares y de los conductos auditivos. Con una compresa estéril secamos la piel y volvemos a lavar con hoja de bisturí o con una escobilla impregnada con azul de metileno marcamos la incisión sobre la piel.

Colocamos los campos operatorios alrededor del sitio de la incisión, los cuales fijamos con pinzas de campo o con puntos de seda 00 y los protegemos con (Sterile- drape) plástico estéril adherente.

Realizamos la incisión de la piel y el tejido subcutáneo con bisturí N° 21 y con pinzas Kelly y/o Bipolar controlamos el sangrado.

Usando el perforador (manual o eléctrico) practicamos el agujero de trepanación, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda y sobre la meninge dural con coagulación bipolar.

Se procede de manera similar con otro agujero de trepanación equidistante al primero y se utiliza la cuchilla del Craneotomo para cortar el hueso de manera convexa a ambos lados de los agujeros y obtener una craneotomía de tamaño variable de acuerdo al tipo de cirugía, controlando el sangrado en los bordes del hueso con cera blanda, quedando expuesta la duramadre.

Luego se procede a la apertura de la duramadre con colgajo, se realiza corticectomía con coagulación bipolar y se reseca el tumor cerebral con aspiración y/o pinzas Cushing, controlando la hemostasia. Dependiendo del volumen de sangrado residual el neurocirujano evaluará el colocar drenaje en el lecho quirúrgico, exteriorizado y sujeto a piel por contraabertura.

Se procede al cierre de duramadre, reposición de plaqueta ósea (En caso de edema cerebral severo, se considerará la posibilidad de no optar por el cierre dural y/o reposición de plaqueta ósea, asimismo, en casos de infiltración tumoral a dura madre y hueso), cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo.

Se enviará muestra de tejido tumoral extraído a Patología.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.

VI. Contraindicaciones

De la técnica en si ninguna.



VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado.

VIII. Bibliografía

Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed. Orlando: Gunne & Streeton . 1988.

Youmans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.

Tyndall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE TUMOR CEREBRAL

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI Nº.....

Nombre del representanteDNI Nº

X. Conste por el presente documento:

s) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

t) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

u) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

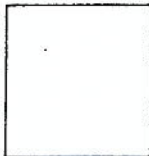
He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

Médico Tratante
CMP.....

Huella digital



Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE TUMOR CEREBRAL

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

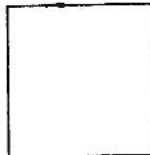
Revoco el consentimiento informado de en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

Médico Tratante
CMP.....

Huella digital



Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

GUIA DE PROCEDIMIENTO

CIRUGIA VERTEBRAL CERVICAL ANTERIOR

I. Nombre y Código

- Cirugía Vertebral Cervical Anterior Cód. 63075

II. Definición: Es el abordaje del canal cervical por vía anterior.

III. Indicaciones

- Traumatismo vertebro medular cervical
- Hernia discal cervical

IV. Instrumental quirúrgico de columna cervical

Mesa Básica

Mango de bisturí Nº3 hoja Nº 15

Dos mangos de bisturí Nº 4 hojas Nº 21

Pinza hemostática Kelly Rankin recta 16 cm.

Pinza Allis 19 cm 5x6 c/dientes

Pinza para campos Backhaus 13 cm.

Pinza para campos Jones 9 cm.

Separador Farabeuf 15 cm.

Tubo de aspiración Frazier 30º diámetro 3 mm 19 cm.

Tubo de aspiración Frazier 30º diámetro 4 mm 19 cm.

Separador Kocher 4 dientes romos 22 cm.

Separador Israel 50 x 60 mm., 25 cm.

Disector doble Freer 18.5 cm.

Disector Cottle doble 22 cm.

Martillo 18 cm x 250 gr.

Periostomo Jansen 15 mm x 16,5 cm

Periostomo Lambotte 15 mm 21 cm.

Cureta Volkmann cortante doble 20 cm.

Pinza Gubia Stille Luer 23 cm

Pinza Gubia Leksell (Stille) 8 mm x 23 cm.

Pinza para cortar alambre articulada 22 cm con TC.

Cinzel Alexander 17 cm 10 mm.

Cinzel Stille 20 cm 15 mm.

Cinzel Hoke 17 cm 6 mm.

Pinza Kerrison 90º arriba, 5 mm 180 mm

Pinza Kerrison 90º abajo, 3mm 180 mm

Pinza Kerrison 90º ángulo 130º arriba 2 mm, 180 mm

Pinza Kerrison 90º ángulo 130º arriba 3 mm, 180 mm

Pinza Kerrison 90º ángulo 130º arriba 5 mm, 230 mm

Pinza Kerrison 90º ángulo 130º abajo 5 mm, 230 mm



Separador Beckmann Adson romo 50 mm, 4x4 dientes 30.5 cm.
Separador Beckmann Eaton 32 cm 7x7 dientes, apertura de 140 mm x 32 cm
Separador Espinal Taylor de 100 x 30 mm x 16.5 cm
Separador Caspar 120 x 120 mm, 90 mm de apertura con 5 valvas mediales y 5 valvas laterales
Vaso graduado de 100 ml de 65 x 55 mm
Mango de bisturí Nº 4, 13.5 cm.
Mango de bisturí Nº 7, 16 cm
Porta Aguja Mayo Hegar 14 cm con TC
Porta aguja Mayo Hegar 18 cm con TC
Tijera Metzenbaum recta 15 cm TC, Super Cut
Tijera Metzenbaum fina curva de 18 cm.
Tijera Mayo curva 14.5 cm.
Tijera Mayo curva 17 cm.
Pinza de disección sin diente 14.5 cm.
Pinza de disección con diente 14.5 cm.
Pinza de disección sin diente 18 cm
Pinza de disección con diente 18 cm.
Pinza Taylor Tipo Bayoneta 18.5 cm.
Pinza Yasargil Bayoneta punta de 0.9 mm, 22 cm.
Pinza modelo Russ, 15 cm.
Pinza modelo Russ, 20 cm
Pinza Foerster recta 20 cm.

V. Técnica:

Previa anestesia general .

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

Con el paciente en cúbito dorsal, en casos de listesis se indica tracción cervical previa, para alinear el eje vertebral, luego se procede a seguir los pasos de asepsia general desde el área mentoniana hasta el tórax superior.

Se colocan los campos operatorios estériles, dejando libre el área operatoria y se cubre con sterile-drape (plástico estéril adherente).

Se efectúa la incisión de piel y tejido subcutáneo en hemicuello izquierdo con bisturí Nº 21 hasta el plano aponeurótico, aperturando el platisma con Electrobisturi. Al llegar a los músculos cervicales, se identifica el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo izquierdo y el borde lateral de la tráquea, separando ambas estructuras por disección digital hasta llegar al plano óseo visualizando los cuerpos y discos del área vertebral a intervenir, con control de hemostasia.

Se colocan separadores autostáticos para mejor visualización del campo, se procede luego a la disquetomía y reducción del eje vertebral si fuera necesario, para luego hacer el reemplazo del disco ó discos intervertebrales y posteriormente realizar la fijación e instrumentación respectiva.

Luego se retiran los materiales de separación y de hemostasia (gasas, cotonos), para luego proceder al cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA VERTEBRAL CERVICAL ANTERIOR

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI Nº.....

Nombre del representanteDNI Nº

X. Conste por el presente documento:

v) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

w) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

x) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

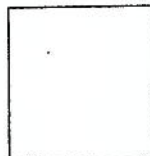
He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

Huella digital



Médico Tratante

CMP.....



Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA VERTEBRAL CERVICAL ANTERIOR

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

Revoco el consentimiento informado de
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por
finalizado.

Lima,.....de.....del.....

.....
Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

.....
Médico Tratante
CMP.....

Huella digital



.....
Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

GUÍA DE PROCEDIMIENTO

LAMINECTOMIA

I. Nombre y Código

- | | |
|-------------------------|------------|
| • Laminectomia Cervical | Cód. 63015 |
| • Laminectomia Dorsal | Cód. 63016 |
| • Laminectomia Lumbar | Cód. 63017 |

II. **Definición:** Es la apertura del estuche óseo espinal, por vía posterior, ya sea a nivel cervical, dorsal ó lumbar.

III. Indicaciones:

- Traumatismo vertebro medular cervical (abordaje posterior)
- Traumatismo vertebro medular dorsal
- Traumatismo vertebro medular lumbo sacro
- Canal espinal estrecho
- Cirugía tumoral

IV. Instrumental quirúrgico de columna dorso lumbar y cervical posterior

MESA BÁSICA

MANGO DE BISTURÍ Nº3 hoja Nº 15

DOS MANGOS DE BISTURÍ Nº 4 hojas Nº 21

PINZA HALSTED MOSQUITO CURVA 12.5 cm

PINZA HEMOSTÁTICA CRILE CURVA 14 cm.

SEPARADOR FARABEUF JUEGO 2, 12.5 cm

SEPARADOR WEITLANER AGUDO CON CIERRE LATERAL DE 16.5 cm.

SEPARADOR WEITLANER ROMO CON CIERRE LATERAL DE 16.5 cm.

PINZA PARA CAMPO BACKHAUS DE 13.5 cm.

SEPARADOR CASPAR 16.5 CM PARA LAMINECTOMIA Y HEMILAMINECTOMIA LUMBAR, TORÁXICA Y CERVICAL (INCLUYE LLAVE, GANCHO DE 58 mm, VALVAS DE 37x37 mm, 42x37 mm, 47x37 mm, 52x37 mm y 57 x37 mm.

SEPARADOR SCOVILLE-HAVERFIELD ARTICULADO DE 185 mm. PARA LAMINECTOMIA CON GANCHO ROMO Y VALVAS DE 63x25 mm, 47x37 mm y 62x52 mm.

SEPARADOR ESPINAL TAYLOR DE 100 x 30 mm x 16.5 cm

MANGO DE BISTURÍ Nº 3, DE 12.5 cm

PORTA AGUJA CON TC MOD. HEGAR-MAYO DE 15 cm.

PORTA AGUJA CON TC MOD. HEGAR-MAYO DE 18.5 cm.

PINZA ADSON CON ESTRIAS FINAS DE 12 cm.

PINZA ADSON BOCA ESTRIADA DE 1x2 DE 12 cm.

PINZA ANATÓMICA SIN DIENTE DE 16 cm.

PINZA QUIRÚRGICA DE 1x2 DIENTES DE 16 cm.

TIJERA PARA DURAMADRE SCHMIEDEN TAYLOR DE 15.5 cm.

TIJERA MAYO RECTA DE 14 cm.

TIJERA MAYO CURVA DE 14 cm.

TIJERA METZENBAUM RECTA CON TC DE 14.5 cm.

TIJERA METZENBAUM CURVA CON TC DE 18 cm.

PINZA PORTA ESPONJA FOERSTER- BALLENGER RECTA DE 18 cm.



PINZA KERRISON 90° ARRIBA, 5 mm 180 mm
PINZA KERRISON 90° ABAJO, 3 mm 180 mm
PINZA KERRISON 90° ANGULO, 130° ARRIBA 2 mm 180 mm
PINZA KERRISON 90° ANGULO, 130° ARRIBA 3 mm 180 mm
PINZA KERRISON 90° ANGULO, 130° ARRIBA 5 mm 230 mm
PINZA KERRISON 90° ANGULO, 130° ABAJO 5 mm 230 mm

V. Técnica:

Previa anestesia general.

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

El paciente de cúbito ventral con la región pectoral y pélvica protegidas con almohadillas, se procede a la asepsia general del área a intervenir, se colocan los campos operatorios estériles, dejando libre la zona operatoria que se cubre con estéril-drape, que es un plástico estéril adherente.

Se incide la piel y el tejido sub cutáneo con bisturí Nº 21 y Electrobisturi monopolar ó por disección manual hasta plano aponeurótico, el que se apertura a ambos lados de las apófisis espinosas, hasta llegar a las respectivas laminas, desinsertando los músculos paravertebrales, concluyendo este acto con disección manual usando gasas húmedas.

Se colocan separadores autostaticos, se resecan los procesos espinosos y se hace la laminectomia respectiva protegiendo el saco dural y las raíces nerviosas con cotones, ampliando las foráminas, liberando el saco dural y los nervios raquídeos respectivos, complementando el acto con la técnica quirúrgica específica a usar (instrumentación, cirugía tumoral).

Luego se retiran los materiales de separación y de hemostasia (gasas, cotones), para luego proceder al cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.

VI. Contraindicaciones

Ninguna.

VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado.

VIII. Bibliografía

Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed.

Orlando: Gunne & Streeton . 1988.

Youmans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.

Syndall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA LAMINECTOMIA

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

X. Conste por el presente documento:

y) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el procedimiento:.....

z) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

aa) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anesestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante

DNI

Huella digital



Médico Tratante

CMP.....



Nombre y Apellidos del paciente

N° HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE LAMINECTOMIA

Nombre del paciente.....DNI Nº.....

Nombre del representanteDNI Nº.....

Revoco el consentimiento informado de
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por
finalizado.

Lima,.....de.....del.....

.....
Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

.....
Médico Tratante
CMP.....

Huella digital



.....
Nombre y Apellidos del paciente N° HC

GUIA DE PROCEDIMIENTO

CIRUGÍA DE HERNIA DISCAL LUMBAR

I. Nombre y Código

- Cirugía de Hernia Discal Lumbar Cód. 63030

II. **Definición:** Es la resección del núcleo pulposo herniado de un disco lumbar a través de una laminotomía.

III. Indicaciones:

- Hernia de núcleo pulposo lumbar

IV. Instrumental quirúrgico de columna lumbo sacra

MESA BÁSICA

MANGO DE BISTURÍ Nº3 hoja Nº 15

DOS MANGOS DE BISTURÍ Nº 4 hojas Nº 21

PINZA HALSTED MOSQUITO CURVA 12.5 cm

PINZA HEMOSTÁTICA CRILE CURVA 14 cm.

SEPARADOR FARABEUF JUEGO 2, 12.5 cm

SEPARADOR WEITLANER AGUDO CON CIERRE LATERAL DE 16.5 cm.

SEPARADOR WEITLANER ROMO CON CIERRE LATERAL DE 16.5 cm.

PINZA PARA CAMPO BACKHAUS DE 13.5 cm.

SEPARADOR CASPAR 16.5 CM PARA LAMINECTOMIA Y HEMILAMINECTOMIA LUMBAR, TORÁXICA Y CERVICAL (INCLUYE LLAVE, GANCHO DE 58 mm, VALVAS DE 37x37 mm, 42x37 mm, 47x37 mm, 52x37 mm y 57 x37 mm.

SEPARADOR SCOVILLE-HAVERFIELD ARTICULADO DE 185 mm. PARA LAMINECTOMIA CON GANCHO ROMO Y VALVAS DE 63x25 mm, 47x37 mm y 62x52 mm.

SEPARADOR ESPINAL TAYLOR DE 100 x 30 mm x 16.5 cm

MANGO DE BISTURI Nº 3, DE 12.5 cm

PORTA AGUJA CON TC MOD. HEGAR-MAYO DE 15 cm.

PORTA AGUJA CON TC MOD. HEGAR-MAYO DE 18.5 cm.

PINZA ADSON CON ESTRIAS FINAS DE 12 cm.

PINZA ADSON BOCA ESTRIADA DE 1x2 DE 12 cm.

PINZA ANATÓMICA SIN DIENTE DE 16 cm.

PINZA QUIRÚRGICA DE 1x2 DIENTES DE 16 cm.

TIJERA PARA DURAMADRE SCHMIEDEN TAYLOR DE 15.5 cm.

TIJERA MAYO RECTA DE 14 cm.

TIJERA MAYO CURVA DE 14 cm.

TIJERA METZENBAUM RECTA CON TC DE 14.5 cm.

TIJERA METZENBAUM CURVA CON TC DE 18 cm.

PINZA PORTA ESPONJA FOERSTER- BALLENGER RECTA DE 18 cm.

PINZA KERRISON 90º ARRIBA, 5 mm 180 mm

PINZA KERRISON 90º ABAJO, 3 mm 180 mm

PINZA KERRISON 90º ANGULO, 130º ARRIBA 2 mm 180 mm



PINZA KERRISON 90º ANGULO, 130º ARRIBA 3 mm 180 mm
PINZA KERRISON 90º ANGULO, 130º ARRIBA 5 mm 230 mm
PINZA KERRISON 90º ANGULO, 130º ABAJO 5 mm 230 mm

V. Técnica:

Previa anestesia general.

Antes del ingreso al quirófano se procede al lavado de manos pre operatorio y colocación de elementos de protección personal.

El paciente de cúbito ventral con la región pectoral y pélvica protegidas con almohadillas, se procede a la asepsia general del área a intervenir, se colocan los campos operatorios estériles, dejando libre la zona operatoria que se cubre con esterile- drape, que es un plástico estéril adherente.

Se incide la piel y el tejido sub cutáneo con bisturí Nº 21 y Electrobisturí monopolar ó por disección manual hasta plano aponeurótico, el que se apertura de acuerdo al lado afectado hasta llegar a la respectiva lámina, desinsertando los músculos paravertebrales, concluyendo este acto con disección manual usando gasas húmedas.

Se coloca separador autostático y se hace la laminotomía respectiva, retirándole el ligamento amarillo y grasa epidural, protegiendo el saco dural y la raíz nerviosa con cotones, ampliando la forámina y liberando el saco dural y el nervio raquídeo respectivo, resecaando el núcleo pulposo herniado.

Luego se retiran los materiales de separación y de hemostasia (gasas, cotones), para luego proceder al cierre de tejidos blandos por planos, limpieza de herida operatoria con solución aséptica, sobre la herida limpia se coloca gasa estéril y vendaje compresivo.

El personal de Enfermería se encargará del manejo de residuos post quirúrgico según normatividad vigente.

VI. Contraindicaciones

Ninguna.

VII. Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

Nivel III y IV.- Se requiere de personal profesional médico especializado.

VIII. Bibliografía

Schmidek HH, Sweet WH, Operative Neurosurgical Techniques: indications. Methods and results, 2nd ed. Orlando: Gunne & Streeton . 1988.

Yomans JR., Neurological surgery, 2nd ed. Philadelphia. WB. Saunders. 1982.

Indall GT. The practice of Neurological surgery 2nd ed. Philadelphia : vol II,1450-1454. 1996.

IX. Consentimiento Informado

Este procedimiento se realizará previamente con el Consentimiento Informado, tramitado por el médico Neurocirujano ejecutante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HERNIA DISCAL LUMBAR

Como paciente usted tiene el derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos derivados del procedimiento quirúrgico, médico, diagnóstico o terapéutico indicado por su médico, con la finalidad que tome la decisión libre y voluntaria de autorizar dicho procedimiento.

Nombre del paciente.....DNI Nº.....

Nombre del representanteDNI Nº

X. Conste por el presente documento:

bb) Que he sido debida y claramente informado sobre mis (s) diagnóstico(s):.....

Y la necesidad de realizar a mi persona (familiar) el siguiente procedimiento:.....

cc) Que se me ha explicado verbalmente, respecto al procedimiento y los riesgos posibles inmediatos y remotos, complicaciones, efectos indeseables y colaterales que pudieran derivarse del mismo, así como, los riesgos de no realizarlo.

dd) Que se me ha informado de la existencia o no de métodos alternativos de tratamiento.

Conste por el presente documento que el médico tratante luego de brindarme la información antes descrita y haber constatado mi capacidad para atender y dar mi consentimiento, solicita mi autorización para que él y su equipo de profesionales, realicen el procedimiento informado.

Consiento los procedimientos de administración de anestésicos, según lo que el anestesiólogo y los médicos tratantes consideren pertinente, reconozco que siempre hay riesgo, para la vida y la salud en los procedimientos anestésicos y estos me han sido explicados.

Por otro lado me han explicado que las medicinas administradas (antibióticos, analgésicos, etc.) además de ser necesarias para mi tratamiento, pueden tener efectos secundarios de diverso grado, lo cual acepto, ya que son impredecibles.

Así mismo, autorizo cualquier otro procedimiento de urgencia que se requiera distinto a la intervención informada, si dicha intervención deviene en grave riesgo para mi vida y salud.

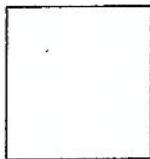
También autorizo la transfusión de sangre o plasma, entendiendo los riesgos que conlleva la misma.

He comprendido plenamente la naturaleza y objeto del acto médico, las razones por las cuales hay que realizar la intervención quirúrgica, los riesgos de complicaciones, por lo que doy consentimiento para que se realice el acto médico referido, en fe lo cual firmo.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

Huella digital



Médico Tratante

CMP.....



Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGIA DE HERNIA DISCAL LUMBAR

Nombre del paciente.....DNI N°.....

Nombre del representanteDNI N°

Revoco el consentimiento informado de
en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Lima,.....de.....del.....

Nombre y Firma del Paciente / Representante
DNI

Médico Tratante
CMP.....

Huella digital



Nombre y Apellidos del paciente

Nº HC

