

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA

### Neurocirugía

Dr. Trujillo  
Dr. Montero  
Dr. Franco  
Dr. Barbeito  
Dr. Pino  
Dr. Muñoz

### Neurología

Dr. Gata  
Dr. Márquez  
Dr. Ceballos  
Dr. Orozco

### Neurofisiología

Dr. Rodríguez  
Dr. Moreno  
Dra. Gutierrez  
Dra. Carranza

### Anestesia

Dra. Gracia  
Dr. Gutierrez

### Unidad del Dolor

Dr. Castillo  
Dr. Suarez

### Neuropsicología

Dra. Prián  
Dra. Nuñez

### Neuropsicología Infantil

Dra. Jurado

### Endocrinología

Dr. Leal

#### ¿Qué es la cirugía de la epilepsia?:

Es un planteamiento amplio, no se puede considerar exclusivamente una intervención quirúrgica. Se plantea en aquellos pacientes que son epilépticos refractarios a la medicación, es decir que NO se controlan las crisis a pesar de numerosos intentos con diferentes fármacos. Normalmente previo al planteamiento de la intervención se realiza un Video-EEG en el que se localiza el foco epiléptico. Posteriormente, y solo en ciertos pacientes se realiza una técnica invasiva de estudio, colocando electrodos dentro del cráneo para definir mejor el foco epiléptico.

#### ¿Para que se realiza?:

Para el control de las crisis epilépticas, si bien no en todos se controlan, la mayoría quedan libres de crisis, aunque solo unos pocos pueden retirar completamente la medicación.

#### ¿Cómo se hace?:

Se realiza con el paciente dormido completamente, (anestesia general), aunque en ciertos casos es necesario realizar una craneotomía en paciente sedado.

Hay que hacer una incisión o herida en el cráneo. Después, se realiza una craneotomía estándar, con apertura del hueso con material espacial, apertura de las envoltas del cerebro, y posteriormente se procede a la resección de la zona que provoca las crisis con técnicas microquirúrgicas. Normalmente es necesario una monitorización intraoperatoria con registro mediante EEG.

En general, los resultados que se obtienen **compensan** los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

#### ¿Tiene riesgos? :

La zona es extremadamente delicada, por lo que hay ciertos riesgos, que **no son frecuentes**, al intervenirlos como se le ha explicado:

Infección.  
Fístula de líquido. El líquido cefalorraquídeo (un líquido claro que tenemos dentro y alrededor del cerebro) puede salir a través de la herida quirúrgica. En ocasiones será necesario colocar un drenaje especial para solucionarlo o prevenirlo.

Sangrado en el sitio de la cirugía (hematoma). En ocasiones necesita una reintervención para evacuarlo.

Hinchazón o edema tras la cirugía. En ocasiones puede ser muy serio y requerir tratamiento especial.

Dependiendo de la zona a operar y la naturaleza de la lesión pueden aparecer secuelas funcionales pasajeras o permanente (muy raro). Siendo necesario en ocasiones Rehabilitación posterior.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas

#### ¿Hay otras alternativas?:

Muchos pacientes con dolor pueden mejorar sin intervención. Su neurocirujano le habrá propuesto esta intervención por:

- 1) No mejorar con tratamiento médico habiendo probado un número importante de antiepilépticos
- 2) Presentar signos y pruebas que orientan a una posible curación o mejoría tras la cirugía.
- 3) En los pacientes en que se propone esta opción No hay alternativas, únicamente el seguir igual.

**Manifiesto que tras la información recibida estoy conforme con la realización de dicho procedimiento. También soy consciente de que puedo rechazar/revocar la realización de la intervención y/o prueba en cualquier momento sin necesidad de justificarlo, siendo necesario únicamente comunicar a IENSA el rechazo de la intervención y/o prueba.**

\_\_\_\_\_  
DNI. \_\_\_\_\_

Representan autorizado \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Dr. D. \_\_\_\_\_

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza de la intervención, de posibles alternativas a la misma, y de los riesgos que la misma conlleva.

Fecha \_\_\_\_\_

Sus datos (pruebas complementarias, grabación de la intervención, etc.) entraran en nuestra base de datos, y podrán ser utilizados para su uso con fines docentes y/o formativos médicos, siempre obviamente manteniendo su total anonimato. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

## RELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE COLUMNA VÍA ANTERIOR CON Y SIN INJERTO ÓSEO.

Las complicaciones más frecuentes o más graves se han descrito anteriormente. Sin embargo, debajo se relacionan, de forma más exhaustiva la mayoría de las complicaciones posibles, de acuerdo con las directrices de la **Sociedad Española de Neurocirugía**.

No dude en preguntar al neurocirujano que le atiende.

### COMPLICACIONES GENERALES.

#### COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES:

Úlcera por stress o por medicamentos que hay que administrarle.

TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLISMO AÉREO, (más frecuente en trauma espinal y tumor cerebral).

Trombosis venosa profunda, (4,3%). Tromboembolismo pulmonar, (0,5%).

FRACASO RESPIRATORIO AGUDO.

INFECCIÓN HOSPITALARIA.

NEUMONÍA, más en enfermos con bajo del nivel de conciencia y en aquellos inmunodeprimidos, (defensas bajas).

INFECCIÓN URINARIA, en enfermos sondados, inmunodeprimidos, etc...

COMPLICACIONES DE LA MONITORIZACIÓN INVASIVA: (cuando se realiza).

Catéteres arteriales: trombosis, isquemia-necrosis de las zonas trombosadas, infección.

Catéter venoso central, catéter arterio-pulmonar, cateterismo de vena subclavia o de vena yugular:

Lesión de la carótida, pleura, plexo braquial o tráquea.

Trombosis venosa, hemotórax, neumotórax, perforación arterial o de la pared ventricular, infección, sepsis...

INFECCIONES (en negrita al grupo que pertenece esta intervención):

I Cirugía sucia. (Enfermos infectados previamente. Abscesos, empiema, osteitis, infección cutánea):

Infección superficial, (3,5%). Infección profunda, (5,6%).

II Cirugía contaminada. (Enfermos con heridas abiertas, fístulas de L.C.R., segundas intervenciones):

Infección superficial, (3,1%). Infección profunda, (6,6%).

III Cirugía limpia contaminada. (Cirugía en contacto con senos nasales, fractura de cráneo, cirugía de duración mayor a 2 horas):

Infección superficial, (1,6%) Infección profunda, (5,1%).

IV Cirugía limpia con cuerpo extraño. (Material de fijación vertebral, válvulas, clips, plastias durales, plastias craneales, etc...):

Infección superficial, (1,7%). Infección profunda, (4,34%).

**V Cirugía limpia:**

**Infección superficial, (1,9%). Infección profunda, (0,7%).**

### COMPLICACIONES ESPECIFICAS DE LA CIRUGÍA DE LOBECTOMÍA TEMPORAL Y AMIGDALOHIPOCAMPECTOMÍA.

Mortalidad operatoria (0,2-1%).

Déficit motor (hemisférico) (2,5%).

Déficit campimétrico visual (2-3%).

Trastorno del lenguaje (lobectomía hemisferio dominante) (0,7-7%).

Déficit de memoria (0,5-2%).

Trastornos psiquiátricos (complicación casual).

Déficit intelectual (complicación casual).

Infección.

Hemorragia intracraneal.

Lesión del n. motor ocular común

### COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA RESECCIÓN EXTRATEMPORAL (FRONTAL, PARIETAL, U OCCIPITAL)

Muy variable según la localización de la zona epileptógena, puede tener riesgos diferentes según la localización cerebral. En general similares a la temporal predominando mas las secuelas motoras en parietal, y las visuales en occipital.

### COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CALLOSOTOMÍA

Síndrome de desconexión (generalmente transitorio); apraxia; micción imperiosa; crisis epilépticas focales.

Síndrome de desconexión sensorial, afectación visual, alteración sensibilidad.

Afectación cognitiva.

### COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS INVASIVOS

Electrodos profundos: hemorragia intracerebral (0,5-1%); infecciones; absceso cerebral (complicación casual).

Electrodos subdurales: hemorragia; contusión cortical; infección (meningitis, empiema)

Electrodos foramen oval: hemorragia (excepcional), paresia del III par (normalmente transitoria), imposibilidad de introducción.