

Neurocirugía

Dr. Trujillo
Dr. Montero
Dr. Franco
Dr. Barbeito
Dr. Pino
Dr. Batista

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Lobato

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Carranza

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

Neuropsicología

Dra. Prian
Dra. Nuñez

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA

¿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 envueltas 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 _____

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.