

Consentimiento informado para la intervención de sección del cuerpo caloso

PACIENTE.....

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas necesarias para su salud y bienestar. Para, finalmente, estar de acuerdo y asumir los criterios de su médico, al cual ha elegido libremente.

El objeto de este documento no es alarmarle, pero no puede ni debe ocultarse que, con independencia de la pericia profesional o de los medios de los que dispone el Hospital, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característico de las ciencias médicas.

Ud. ha recibido información sobre su:

DIAGNOSTICO.....

TIPO DE INTERVENCION.....

CIRUJANO.....

La epilepsia es una enfermedad de la corteza cerebral que precisa tratamiento médico para su control. Cuando la epilepsia no responde al tratamiento médico, es oportuno estudiar si alguno de los tipos de intervención quirúrgica puede ayudar a controlarla.

En los casos en que se aprecia que hay múltiples focos en la corteza cerebral no es posible diseñar una extirpación quirúrgica para extirpar los focos, debido a que se produciría una gravísima lesión neurológica. Sin embargo se pueda ayudar a controlar la epilepsia seccionando el cuerpo caloso (que es una parte del cerebro por donde se conectan los dos hemisferios cerebrales). Esta sección evita que las descargas epilépticas difundan a todo el conjunto del cerebro y las crisis epilépticas se hacen menos graves y violentas o incluso pueden llegar a casi desaparecer.

La intervención quirúrgica consiste en la apertura del cráneo (**craneotomía**) para tener acceso al lugar donde está situado el cuerpo caloso. Con técnicas de microcirugía se procede a seccionar algo más de la mitad anterior de esta estructura. Se trata de una intervención de larga duración (mínimo 3-4 horas).

RIESGOS O COMPLICACIONES

1. . Tras la sección del cuerpo caloso existen riesgos de que se aparezcan déficits neurológicos. Los más específicos son:

- Dificultad para coordinación de los movimientos
- Pérdida de fuerza en el lado contrario del cuerpo al que se ha realizado la craneotomía
- Trastornos en el habla y lenguaje (en el caso de intervenir el lado dominante, que suele ser el lado izquierdo).
- Pérdida de capacidad visual
- Trastornos del comportamiento
- Pérdida de memoria
- ...

No es habitual pero a veces estas complicaciones son definitivas.

2. - No es frecuente pero, a consecuencia de la manipulación del cerebro, se pueden producir hemorragias o infartos que serán más o menos graves según sean su extensión y localización.

3. - Los riesgos de infección no son habituales, pero ésta puede afectar sólo a la piel o también al hueso y al cerebro (meningitis o absceso cerebral). Si no se soluciona con antibióticos a veces es necesaria otra intervención.

El abajo firmante D/Dña. de
..... años de edad, o por incapacidad legal su representante
..... con DNI..... reconoce haber sido
informado de forma clara y sencilla de los detalles sobre el procedimiento al que voluntariamente
se va a someter, del pronóstico, secuelas y otras consecuencias derivadas del mismo, así como de
los posibles procedimientos alternativos, si los hubiere, con sus efectos y riesgos, y de haber
recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que hubiere formulado.

Por tanto da libremente su consentimiento al médico y al Hospital para la realización de la
intervención de CRANEOTOMÍA Y SECCIÓN DEL CUERPO CALLOSO asumiendo la posibilidad de
que puedan ocurrir las complicaciones explicadas u otras aún más excepcionales, sin que medie
error, impericia u omisión.

Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas en beneficio de
mi salud que, por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo
consentimiento, incluyendo: la hemoterapia (lo que implica que, a pesar de que cada donación es
analizada exhaustivamente, puede ser portadora de enfermedades transmisibles en muy baja
frecuencia), sueroterapia, variaciones de la anestesia, técnicas instrumentales diagnósticas o
terapéuticas.

Autorizo a que el Hospital disponga de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que
precisan ser extirpados durante la intervención, para su oportuno estudio anatómico-patológico. Así
como que puedan ser empleados en futuros estudios de investigación médica, guardando el
correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con
la medicina, por razones docentes. De igual forma doy mi consentimiento para que sean tomadas
fotos, cintas de vídeo, etc., del campo quirúrgico, para su utilización en actividades docentes y de
investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

He comprendido que esta cirugía no tiene la finalidad de curar la epilepsia. Pero, dada la
gravedad de la epilepsia que padezco y que, en el momento actual, la Medicina no tiene otra
alternativa mejor, esta intervención puede ayudar a disminuir la cantidad y violencia de las crisis
epilépticas que padezco. También entiendo, por tanto, que hay probabilidades de fracaso de la
intervención y de que no se consiga la desaparición o una disminución muy importante del
número de crisis epilépticas.

Entiendo además que no puedo abandonar la medicación antiepiléptica, que he de seguir
tomando hasta nuevas órdenes médicas.

Por último se le recuerda que tiene el derecho, en cualquier momento de retirar la autorización.

En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:

Firma del paciente o representante

Firma del médico

Colegiado número:.....

En de de a de

En caso de no firmar el paciente, sino el representante indíquese la causa:

- Por ser menor de edad o estar incapacitado
- Por delegación voluntaria
- Porque la situación del paciente no lo permita

DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO

D/Dña. ante los testigos
abajo firmantes expreso mi DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO a pesar de haber sido informado/a
de las consecuencias de mi acto por el motivo de
.....

.....
haciéndose plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que se deriven de ésta
decisión expresada de forma libre y consciente.

Firma del paciente o representante

Firma del médico

D.N.I.º

Colegiado número:.....

En de de, a de de