

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA N.º 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES</b>		<b>UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA</b>	
<b>1</b>	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA TERMOCOAGULACION CON RADIOFRECUENCIA</b>		
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.</p> <p><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> Le atenderemos con mucho gusto.</p>			
<b>1.1</b>	<b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>		
<p><b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:</b></p> <p>La termocoagulación o termoablación con electrodos intracerebrales consiste en la implantación de electrodos en la profundidad del cerebro que permiten delimitar la zona epileptógena (área cerebral donde se generan las crisis epilépticas) mediante un registro de electroencefalograma. Una vez identificada el área donde se originan las crisis, gracias a la aplicación de energía térmica, se puede producir una pequeña lesión en la zona seleccionada y así impedir la generación de las crisis.</p>			
<p><b>CÓMO SE REALIZA:</b></p> <p>En el caso de que el registro VEEG sea con electrodos profundos, al finalizar el registro se puede proponer al paciente realizar una termocoagulación de la zona epileptogénica detectada que consiste en dar en determinados electrodos una descarga eléctrica de radiofrecuencia de forma controlada y muy localizada para realizar una ablación de esa zona en concreto. Esta técnica tiene un alto nivel de seguridad.</p>			
<p><b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b></p> <p>La termocoagulación está asociada con un riesgo desarrollo de crisis epilépticas (normalmente similares a las habituales del paciente). Ocasionalmente puede producir dolor o hinchazón local transitorios. En el 1.1% de los casos se observa un déficit neurológico permanente y en el 2.4% un déficit neurológico transitorio. El paciente al realizar la termocoagulación puede sentir una sensación de burbujeo en la cabeza, sin dolor.</p>			

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Alrededor del 50% de los pacientes que se someten a este tratamiento presentan una mejoría significativa en la frecuencia de las crisis, y alrededor del 40-50% de los pacientes con lesiones focales bien delimitadas pueden quedar libres de ellas después del procedimiento. La respuesta inicial a la termocoagulación predice un buen resultado si posteriormente se realiza una cirugía resectiva.

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Se pueden retirar los electrodos intracraneales sin realizar ninguna lesión con termocoagulación y por lo tanto sin realizar ninguna acción que pueda mejorar el control de las crisis. Posteriormente se podría proponer una cirugía resectiva de la zona con apertura del cráneo (craniectomía)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
VIRGEN DE LAS NIEVES**

**UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA**

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Existe riesgo de aparición de crisis frecuentes o de crisis más intensas que las que tiene habitualmente debido a la estimulación eléctrica y a la existencia de una lesión. Por dicho motivo pueden producirse lesiones debidas a golpes, caídas, o por las propias crisis. También pueden producirse estados de agitación tras las crisis. Si las crisis son muy frecuentes y consecutivas puede requerirse administración de medicamentos para la epilepsia por vía intravenosa y medidas de mantenimiento vital, que en casos excepcionales pueden requerir el ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos.

Ocasionalmente puede producir dolor o hinchazón local transitorios. En el 1.1% de los casos se observa un déficit neurológico permanente y en el 2.4% un déficit neurológico transitorio. El paciente al realizar la termocoagulación puede sentir una sensación de burbujeo en la cabeza, sin dolor.

Es muy excepcional el riesgo de fallecimiento con esta prueba diagnóstica (0,1%). en su actual estado clínico, los beneficios derivados de esta prueba superan a los posibles riesgos. Por este motivo, se le indica la conveniencia de que sea practicada.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Aumento del número de crisis
- Agitación postcrisis
- Lesión por golpe tras crisis

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Déficit neurológico
- Estatus epiléptico
- Fallecimiento

**LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

035  
100

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

contraindicaciones: no existen contraindicaciones absolutas.

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

085  
100

<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES</b>		<b>UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA</b>
<b>2</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<b>2.1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE</b> (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)	
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE		DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIE

<b>2.2</b>	<b>PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO</b>		
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
<b>DR. GALDÓN CASTILLO, ALBERTO</b>		13/10/2025	
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
<b>DR. RUIZ GIMÉNEZ, JESÚS ANTONIO</b>		13/10/2025	
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
<b>DRA. IZNAOLA MUÑOZ, M. CARMEN</b>		13/10/2025	
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
<b>DRA. ORTEGA LEÓN, M. TERESA</b>		13/10/2025	
APELLIDOS Y NOMBRE		FECHA	FIRMA
<b>DR. GONZALO OLIVARES GRANADOS</b>		13/10/2025	

<b>2.3</b>	<b>CONSENTIMIENTO</b>	
Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> autorizo <input type="checkbox"/> a realizar una termocoagulación con radiofrecuencia		
NOTA: Márquese con una cruz.		
<b>En GRANADA a 13 de octubre de 2025</b>		
EL/LA PACIENTE		EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:		Fdo.:

<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES</b>	<b>UNIDAD DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA</b>
--	--

085  
100

**2.4 RECHAZO DE LA MONITORIZACION**

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

033  
100