

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

Societat Catalana de Neurocirurgia

Per la satisfacció dels drets del malalt, com instrument afavoridor del correcte ús dels procediments diagnòstics i terapèutics, i en compliment de la llei general de la Sanitat.

Jo de anys de edat,
amb domicili i DNI número
com a malalt.

o de anys de edat,
amb domicili i DNI número
com a representant legal, família o proper, en ple ús de les facultats, lliure i voluntàriament.

EXPOSO

Que he sigut INFORMAT per el/la Dr. Dra
en entrevista personal realitzada el dia de que es necessari que es realitzi el
procediment diagnòstic o terapèutic denominat:

PROCEDIMENT DE DREZ PER A TRACTAMENT DEL DOLOR CRÒNIC

1. INTRODUCCIÓ AL PROCEDIMENT

El procediment de DREZ (Acrònim en anglès de Zona d'entrada de les Arrels Posteriors) és un procediment quirúrgic lesiu per a l'alleujament del dolor per lesió del nervi perifèric, quant el tractament amb medicaments o altres procediments menys invasius no són efectius. Es fan una sèrie de lesions, amb calor, a les astes posteriors dels segments medul·lars corresponents a la zona a on el pacient sent el dolor.

La principal indicació és dolor per arrencament del plexe braquial que cursa sobre tot amb dolor lancinant (dolor en descarregues) i al·lodínia (dolor provocat pel tacte suau o mobilització passiva de l'extremitat). També s'ha indicat en altres casos de dolor neuropàtic per lesió del nervi perifèric o d'arrels que presenten una simptomatologia semblant.

El mateix procediment està indicat per a tractament del dolor neuropàtic facial però la zona a abordar és la unió del bulb raquidi amb la medul·la.

2. DESCRIPCIÓ I OBJECTIUS DEL PROCEDIMENT DE DREZ PER AL TRACTAMENT DEL DOLOR CRÒNIC

2.1. Què es el procediment de DREZ?

És un procediment quirúrgic que és realitza amb:

- Anestèsia general.

- Monitorització neurofisiològica de la medul·la espinal (electromiograma de les extremitats inferiors, potencials evocats somatosensorials, els quals serveixen per controlar les vies de conducció motora i sensitiva de la medul·la espinal).
- Pacient col·locat en decúbit pro (panxa terra).

Es desinserta la musculatura paravertebral del costat del dolor en els segments vertebrals corresponents. Es practica una hemilaminectomia, és a dir, l'extirpació de la meitat posterior dels arcs vertebrals. Amb microcirurgia s'exposa la cara posterior i lateral de la medul·la, s'identifica el solc dorsolateral (zona d'entrada de les arrels posteriors que són sensibles).

Per fer la lesió es fa servir un elèctrode de 2 mm de punta activa i 0,25 mm de diàmetre.

Abans de fer la lesió s'estimula per observar si hi ha resposta motora (registrada per electromiograma). Si no n'hi ha, es practica una lesió a 75° durant 5 segons, una lesió cada 2-3 mm al llarg del solc abans referit, i en una longitud variable segons la zona del dolor.

Pel dolor facial, s'aborda la part més alta del solc dorso-lateral, a la zona d'unió del bulb raquidi amb la medul·la.

Acabada la intervenció quirúrgica, el pacient queda ingressat a la unitat de reanimació (REA), durant unes hores quan el procediment és a la medul·la, i fins el dia següent quan és a la unió del bulb raquidi amb la medul·la.

Quant el procediment és a nivell cervical (el més habitual) s'indica collaret cervical tou durant la sedestació per a un millor confort del pacient.

2.2. Preguntes més freqüents:

- **Quant temps estaré ingressat/da?**

De cinc a sis dies.

- **Quant puc millorar?**

Del 68 al 72% dels pacients millora, sobretot, els components de dolor en descàrregues i la al·lodínia.

3. ALTERNATIVES RAONABLES AL PROCEDIMENT DE DREZ PER AL TRACTAMENT DEL DOLOR CRÒNIC

Quan s'indica la operació de DREZ és perquè els tractaments menys invasius no han estat efectius.

Per a l'alleugeriment dels components d'al·lodínia i descàrregues, el DREZ és més efectiu que les tècniques de neurostimulació (medul·lar o cortical).

4. RISCS GENERALS I/O ESPECÍFICS

4.1. Risc generals:

- Edema postquirúrgic. Hipertensió intracranial.
- Hemorràgia postquirúrgica: H. epidural (0,9-7%); H. intracerebral (3,9%).
- Embolisme aeri (3%), sobretot en posició asseguda o semiasseguda.
- Complicacions gastrointestinals: úlcera d'estrès medicamentosa.
- Trombosi venosa: trombosi venosa profunda (4,3%) i tromboembolisme pulmonar (0,5%).

- Fracàs respiratori agut.
- Infecció hospitalària:
 - Pneumònia: més en pacients amb baix nivell de consciència i immunodeprimits.
 - Infecció urinària: en pacients amb baix nivell de consciència i immunodeprimits pacients també portadors de sonda vesical.
- Complicacions hidroelectrolítiques i metabòliques: diabetis insípida (lesions del tracte supraòptic-hipofisari), secreció inadequada d'ADH, hiperglucèmia (més freqüent amb l'administració de corticoides), hiponatrèmia i hiperuricèmia.
- Complicacions de la monitorització invasiva:
 - Catèters arterials: trombosi; complicacions isquèmiques-necròtiques; Infecció.
 - Catèter venós central, catèter arteriopulmonar, cateterisme de subclàvia o vena jugular. lesió carotídia, lesió de pleura, lesió del plexe braquial, lesió traqueal, trombosi venosa, hemotòrax, pneumotòrax, perforació arterial o paret ventricular, infecció, septicèmia.

4.2. Risc específics:

- Fístula de LCR (4,4%), infecció superficial 1,9%, profunda 0,7%, hematoma..
- Afectació vesical en els procediments bilateral a nivell sacre.
- Dificultat motora (4,4%).
- Trastorns sensitius: formigó, sensació de suro, sobretot a la cama del mateix costat de l'operació. Mortalitat 2%.
- DREZ tronc cerebral per dolor facial: Atàxia (incoordinació) 18%, hemiparèsia 18%. Mortalitat 9%.

5. RISCS PERSONALITZATS

En el seu cas concret, els riscos són:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. DECLARACIÓ DEL / DE LA PACIENT

HE QUEDAT TOTALMENT ACLARAT EL SEGÜENT:

1. Entenc la necessitat del procediment proposat.
2. Han quedat detallats els riscos i possibles complicacions inherents a les exploracions diagnòstiques, procediment quirúrgic i post-operatori en un llenguatge clar i entenedor.
3. Algunes circumstàncies no previstes durant l'operació pot fer necessària l'utilització de tècniques quirúrgiques diferents a les prèviament plantejades. En aquest cas autoritzo el cirurgia que realitzi el que consideri més convenient segons la literatura científica.
4. Entenc que no es poden donar garanties sobre els resultats.
5. He tinc ocasió de fer totes les preguntes que he desitjat.

Ponderats els riscos i les avantatges, he decidit sotmetrem a la intervenció quirúrgica proposada.
Per que així consti firmo el present document:

A, a de de 20.....

Firma del pacient i DNI

Firma de testimoni i DNI
(No necessària)

Firma del metge i número de col·legial