



Consentimiento Informado Para  
Evacuación De Hematoma Subdural  
Crónico

## **Consentimiento Informado Para Evacuación De Hematoma Subdural Crónico**

## Consentimiento Informado Para Evacuación De Hematoma Subdural Crónico

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para  
**EVACUACIÓN DE HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO**

### **INFORMACIÓN GENERAL**

Usted presenta una lesión intracraneal que consiste en un acúmulo de sangre posiblemente provocado por la rotura de unas venas que se encuentran entre el cerebro y la Calota (hueso) craneal. La mayoría de las veces hay un antecedente traumático craneal más o menos leve y en otras ocasiones, menos frecuentes, es debido a otras alteraciones (coagulopatías, aneurismas, enfermedades sistémicas, etc.).

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

### **En qué consiste la evacuación de hematoma subdural crónico**

La intervención consiste en la evacuación de la colección de sangre que se encuentra ejerciendo presión entre la cavidad craneal y el cerebro. Para realizar la intervención, se le pondrá una solución antiséptica y precisará un pequeño rasurado de la zona por donde vamos a realizarle los trépanos (Apertura del cráneo). Si se realiza con anestesia local, sentirá una vibración del trépano (apertura del hueso craneal). Posteriormente se procederá a la evacuación de la colección líquida de sangre que se encuentra entre las membranas que cubren el cerebro y que le comprimen. Una vez completada la evacuación se suele colocar un drenaje en la cavidad a través del trépano realizado y se cierran las heridas. La intervención dura aproximadamente una hora.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### **Riesgos de la evacuación de hematoma subdural crónico**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad)

#### **Y los específicos del procedimiento:**

- Hemorragia intracerebral, causante del déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,8 al 3%).
- Crisis epilépticas dependiendo de la localización (1-30%).
- Infección superficial (0,1-2%) y profunda o Cerebritis, con formación de un absceso cerebral (complicación casual).
- Mortalidad (0-1,2%).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.



También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**EVACUACIÓN DE HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).