



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Los Aneurismas
Cerebrales.

Consentimiento Informado Para Cirugía De Los Aneurismas Cerebrales.

Consentimiento Informado para Cirugía de los Aneurismas Cerebrales.

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 el o los
ANEURISMAS CEREBRALES

INFORMACION

Usted presenta una dilatación en la pared de un vaso arterial que ha sangrado o ha sido un hallazgo incidental por métodos neurorradiológicos. Esta intervención trata de excluir total o parcialmente la lesión en el árbol vascular cerebral. Se realiza con anestesia general y técnicas de microcirugía. El objetivo es buscar el vaso que presenta la dilatación y evitar el riesgo de hemorragia en el futuro. 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 que consiste la cirugía de los aneurismas cerebrales

Consiste en la apertura del cráneo (craneotomía) para tener acceso al lugar donde está situada la lesión aneurismática (una dilatación de la pared del vaso) y cliparla. Esta cirugía puede ser realizada en fase precoz (para poder tratar mejor el vasoespasmo o resangrado), de forma tardía, en mejores condiciones el cerebro y de forma urgente, cuando se ha producido un hematoma que complica la vida del paciente. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Riesgos de la cirugía de los aneurismas cerebrales

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:

- Déficit neurológico: en función de la localización de la lesión:
- Hemiparesia (pérdida de fuerza muscular en la mitad del cuerpo): 0,5-40%. Alteración del campo visual: 0,2-5%.
- Trastorno del lenguaje: 0,4-20%. Defecto de la sensibilidad: 0,3-20%.
- Hemorragia dentro del cerebro que puede causar un nuevo déficit neurológico o empeorar uno que ya existía (1-10%).
- Edema cerebral o inflamación (10-15%).
- Infarto cerebral (1-15%) de forma oclusiva o por un vasoespasmo. Crisis epilépticas después de la intervención (1-10%).
- Infección: 0,1-6,8%: superficial, de la piel. Profunda o Cerebritis con formación de un absceso.
- Colección de pus cerebral. Osteomielitis (infección del hueso). Meningitis. Mortalidad operatoria: 0,5-10%.
- Déficit provocado por lesión en pares craneales adyacentes (0,1-10%). Hidrocefalia que precise una derivación ventrículo-peritoneal (3-20%).
- 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.

Tratamientos alternativos

El Médico arriba mencionado me ha explicado la necesidad de la intervención propuesta y los posibles tratamientos alternativos que son:

Para el tratamiento de su patología existe la alternativa de un tratamiento endovascular y sellado de la malformación con espiras metálicas.

Este tratamiento se valora previamente a la cirugía de modo conjunto con la Unidad de Neuroradiología de la clínica y se oferta al paciente si es la mejor opción de tratamiento.

Ha quedado totalmente aclarado lo siguiente:

- Que entiendo la necesidad de la operación propuesta.
- Que se me han detallado los riesgos y posibles complicaciones inherentes a las exploraciones diagnósticas, procedimiento operatorio y postoperatorio en un lenguaje claro.
- Que algunas circunstancias no previstas durante la operación pueden hacer necesaria la utilización de técnicas quirúrgicas diferentes de las previamente planeadas. En este caso autorizo al cirujano a que actúe con arreglo a lo que él considere más conveniente de acuerdo con la ciencia médica.
- Que he tenido ocasión de hacer todas las preguntas que he deseado.

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

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para el o los:
ANEURISMAS CEREBRALES

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).