



Consentimiento Informado Para
Evacuación De Una Hemorragia
Cerebral Traumático

Consentimiento Informado Para Evacuación De Una Hemorragia Cerebral Traumático

Consentimiento Informado Para Evacuación De Una Hemorragia Cerebral Traumático

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 de **EVACUACIÓN DE UNA HEMORRAGIA CEREBRAL TRAUMÁTICA**

INFORMACIÓN GENERAL

Usted presenta una lesión intracraneal consistente en un acúmulo de sangre posiblemente provocado por rotura de unas venas o arterias (fractura asociada) que se encuentran en el cerebro y la Calota (hueso) craneal o dentro del cerebro. Se trata en que la cirugía se realiza de urgencia, aunque no presenta un riesgo inmediato; en las siguientes horas puede deteriorarse neurológicamente y podría empeorar el pronóstico, es por lo que es preferible evacuarlo. El procedimiento consiste en evacuar una colección de sangre que se encuentra ejerciendo presión entre la cavidad craneal y el cerebro que ha ocurrido de forma traumática.

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 INTRACRANEAL TRAUMÁTICO.

La intervención es desarrollada con anestesia general en quirófano, donde se le pondrá solución antiséptica y precisará un rasurado de la zona por donde realizamos los trépanos (apertura del cráneo) y craneotomía. Se procederá a realizar la evacuación de la colección líquida de sangre que se encuentra entre las membranas que cubren al cerebro, o a intracerebral por lesión traumática del parénquima cerebral y que produce una compresión. Una vez completada la evacuación se suele colocar un drenaje en la cavidad a través de los trépanos realizados y se cierran las heridas. A veces se suele realizar una monitorización de la presión intracraneal, para manejo de cuidados intensivos sobre el proceso.

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 INTRACRANEAL TRAUMÁTICO

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 postcirugía o edema, causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,8-3%).
- 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%) por la cirugía, el resto dependerá de las lesiones en otras partes asociadas si las presentara.

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.



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:
EVACUACIÓN DE UNA HEMORRAGIA CEREBRAL TRAUMÁTICO

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).