



Consentimiento Informado para la
Monitorización de la Presión
Intracraneana (PIC)

Consentimiento Informado Para La Monitorización De La Presión Intracraneana (PIC)

Consentimiento Informado Para La Monitorización De La Presión Intracraneana (PIC)

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 claramente en qué consiste mi situación médica, o la de mí representado, siendo conveniente proceder a la intervención quirúrgica para:
MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA (PIC)

INFORMACIÓN GENERAL

Identificación y descripción del procedimiento

La intervención consiste en la realización de un orificio en el cráneo, a nivel frontal, a través del que se introduce un sensor que queda alojado en el espacio epidural, intracerebral o intraventricular. El sensor se conecta a un sistema que mide de forma continua la presión intracraneal y se mantiene el tiempo necesario, según la patología.

Diagnóstico:.....

Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar.

Debe saber que cualquiera de estas intervenciones es muy delicada. El éxito de la misma depende en gran parte de que el paciente sepa exactamente que puede esperar con su intervención. En caso de hidrocefalias permite determinar la conveniencia y, en su caso, tipo de derivación de líquido cefalorraquídeo a implantar. En casos donde se sospecha que la presión intracraneal se encuentra elevada o debe controlarse por la patología del paciente (trauma craneoencefálico, lesión ocupante de espacio) permite mantener la PIC dentro de valores normales y seleccionar y ajustar el tratamiento de la misma. La PIC elevada puede ser causa de muerte, lesión grave del tronco cerebral o de secuelas neurológicas de todo tipo.

Alternativas razonables a dicho procedimiento.

La alternativa al tratamiento propuesto, al estar siguiendo un protocolo asistencial, supone mantener el tratamiento actual, ya que no hay otros medios directos para medir la PIC.

Consecuencias previsibles de su realización.

Va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y anestésico. Las consecuencias previsibles de su realización son:

.....

Consecuencias previsibles de su no realización.

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, lo que incrementa su riesgo vital, hace más difícil la recuperación funcional y el control de la enfermedad. Las consecuencias previsibles de su no realización son:

.....

Riesgos.

Debe saber que esta intervención es compleja y delicada. Puede haber complicaciones postoperatorias relacionadas con la cirugía (HEMORRAGIA, INFECCIÓN, FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO) o del cerebro (CONTUSIÓN CEREBRAL, EDEMA CEREBRAL, ATAQUES EPILÉPTICOS). Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas

del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos (HEMIPLEGIA, AFASIA, TRASTORNOS VISUALES, TRASTORNO DE FUNCIONES SUPERIORES, COMA ETC). El resultado final y las complicaciones dependen del estado del paciente y de la agresividad de la cirugía realizada y sea por una causa o por otra, la mortalidad postoperatoria es posible. Seguidamente tiene una lista de las complicaciones más frecuentes y el porcentaje en que pueden aparecer según se recoge de la experiencia de diferentes Centros. Toda intervención quirúrgica conlleva un riesgo, pero a la hora de proponerle este tratamiento lo hacemos en la confianza de que el beneficio esperable compensa el riesgo que se asume. Los Neurocirujanos y el personal de este Hospital disponen de experiencia en el tratamiento de todos estos problemas. De forma regular se le suministrará información de la evolución del paciente y en caso de complicaciones de cuál es su gravedad.

Frecuencia de las complicaciones más habituales:

- Hemorragia intracerebral causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,8-3%);
- Crisis epilépticas (precozes y tardías) en menos del 5%;
- Infección (1-10%) –
- **Superficial:** de la piel, del trayecto.
- **Profunda:** Meningitis o ventriculitis; Mortalidad (0-1,2%);
- Neumoencéfalo (aire en la cabeza);
- Sobre drenaje (cuando el sensor es por catéter ventricular) del líquido cefalorraquídeo (1-4%), provocando un hematoma subdural, epidural, intracerebral, colapso ventricular.

Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Además de los riesgos anteriormente citados, la presencia de otras enfermedades, alergias o alteraciones generales pueden incrementar tanto las complicaciones como su gravedad. Por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones:

.....
Estas complicaciones 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

CONSIENTO que se me realice (o la de mi representado), el tratamiento quirúrgico para:
MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA (PIC)

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).