

Consentimiento informado para la intervención de craneotomía por traumatismo craneal

PACIENTE.....

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas necesarias para su salud y bienestar. Para, finalmente, estar de acuerdo y asumir los criterios de su médico, al cual ha elegido libremente.

El objeto de este documento no es alarmarle, pero no puede ni debe ocultarse que, con independencia de la pericia profesional o de los medios de los que dispone el Hospital, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característico de las ciencias médicas.

Ud. ha recibido información sobre su:

DIAGNOSTICO.....

TIPO DE INTERVENCION.....

CIRUJANO.....

Esta operación se realiza en casos de traumatismos craneales en los que se ha producido una fractura del cráneo y existe un hundimiento del hueso o una lesión de las estructuras que están dentro del cráneo. A veces existen hematomas intracraneales que son necesarios evacuar.

La intervención quirúrgica consiste en la apertura del cráneo (**craneotomía**) para tener acceso al lugar donde está situada la lesión y tratar de extirparla en su totalidad o parcialmente. También se realiza en los casos de fracturas del cráneo con hundimiento de fragmentos, se intenta reconstruir la fractura y sobre todo eliminar los fragmentos que están impactados en el cerebro y pueden lesionarlo. La dificultad y riesgos de la intervención dependen del tipo y localización de la lesión a quitar. Se trata de intervenciones de larga duración (mínimo 3-4 horas).

RIESGOS O COMPLICACIONES

Los riesgos de la intervención dependen del tamaño y localización de la lesión, así como del estado general del paciente. Las complicaciones de esta intervención son poco frecuentes pero se pueden producir efectos adversos:

1.- Los riesgos de infección no son habituales, pero esto puede afectar sólo a la piel o también al hueso y al cerebro. Si no se soluciona con antibióticos a veces es necesaria otra intervención.

2.- Dependiendo del tipo de lesión que afecte al hueso a veces es necesario colocar una prótesis de cemento para recubrir el defecto creado por la fractura.

3.- Se realiza implante de microplacas de titanio para favorecer la fijación del hueso tras la intervención, es excepcional que suceda pero al ser un implante tiene riesgos de infección o rechazo.

4.- Para sujetar la cabeza durante la intervención se coloca un soporte especial que se fija al cráneo por tres pinchos. Puede haber una infección o un hematoma local en estas zonas. No es frecuente y si sucede no suele dar complicaciones.

5.- Si la lesión afecta al cerebro puede que en el postoperatorio aparezcan crisis convulsivas o ataques epilépticos a pesar de que demos una medicación específica para evitarlo.

6.- A pesar de utilizar heparinas profilácticas a veces se pueden producir trombosis de las piernas y más excepcionalmente embolias pulmonares.

7.- Si antes de ser intervenido tiene una parálisis de un nervio o de una extremidad, dificultad para hablar..., no le podemos garantizar que con la intervención se recupere. Todo dependerá del tipo de lesión, localización y tiempo de evolución.

8.- Reacciones alérgicas (Tanto el INSALUD, como Sociedades científicas especializadas recomiendan el no hacer sistemáticamente pruebas diagnósticas para detectar una posible alergia, ya que las mismas pruebas no están exentas de riesgos y el resultado negativo no garantiza que no exista reacción alérgica posterior). *Si tiene antecedentes alérgicos comuníquenoslo.*

9.- RIESGOS PARTICULARES:
.....
.....

**El abajo firmante D/Dña.....
de..... años de edad, o por incapacidad legal su representante.....
..... con DNI..... reconoce haber
sido informado/a de forma clara y sencilla de los detalles sobre el procedimiento al que voluntariamente se va a someter, del pronóstico, secuelas y otras consecuencias derivadas del mismo, así como de los posibles procedimientos alternativos, si los hubiere, con sus efectos y riesgos, y de haber recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que hubiere formulado.**

Por tanto da libremente su consentimiento al médico y al Hospital para la realización de la intervención de CRANEOTOMIA POR TRAUMATISMO CRANEAL asumiendo la posibilidad de que puedan ocurrir, sin que medie error, impericia u omisión las complicaciones explicadas.

Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas en beneficio de mi salud que, por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo consentimiento, incluyendo: la hemoterapia (lo que implica que, a pesar de que cada donación es analizada exhaustivamente, puede ser portadora de enfermedades transmisibles en muy baja frecuencia), sueroterapia, variaciones de la anestesia, técnicas instrumentales diagnósticas o terapéuticas.

Autorizo a que el Hospital disponga de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que precisan ser extirpados durante la intervención, para su oportuno estudio anatómico-patológico. Así como que puedan ser empleados en futuros estudios de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con la medicina, por razones docentes. De igual forma doy mi consentimiento

para que sean tomadas fotos, cintas de vídeo, etc., del campo quirúrgico, para su utilización en actividades docentes y de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia.

He comprendido que en algunos casos la cirugía puede curar, poniendo fin al tratamiento, pero en otras ocasiones no es curativa sino que el objetivo de la intervención en esos casos es llegar al diagnóstico del tipo de tumor, reducir su tamaño para aliviar los síntomas de compresión cerebral y preparar para otros tratamientos posteriores, haciéndolos más efectivos. Estas otras opciones terapéuticas son la Radioterapia y la Quimioterapia

Por último se le recuerda que tiene el derecho, en cualquier momento de retirar la autorización.

En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento:

Firma del paciente o representante

Firma del médico

Colegiado número:.....

En a de ...

En caso de no firmar el paciente, sino el representante indíquese la causa:

- *Por ser menor de edad o estar incapacitado*
- *Por delegación voluntaria*
- *Porque la situación del paciente no lo permita*

DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO

D/Dña. ante los testigos abajo firmantes expreso mi DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO a pesar de haber sido informado de las consecuencias de mi acto por el motivo de haciéndose plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que se deriven de ésta decisión expresada de forma libre y consciente.

Firma del paciente o representante

Firma del médico

D.N.I.

Colegiado número:.....

En a de ...