

Consentimiento informado para la intervención de hematoma subdural crónico.

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:

DIAGNOSTICO.....

TIPO DE INTERVENCION.....

CIRUJANO.....

El hematoma subdural crónico consiste en un acúmulo de sangre en el espacio que hay entre el cerebro y la membrana que lo recubre (duramadre). Se suele producir como consecuencia de un traumatismo, a veces poco importante y que pudo ocurrir hace tiempo.

Algunas circunstancias como la edad, atrofia cerebral, alcoholismo, alteraciones en la coagulación, etc. favorecen la aparición de estos hematomas llamados crónicos.

La operación consiste en realizar uno o dos orificios en el cráneo para tener acceso al lugar donde está el coágulo y tratar de extirparlo o aspirarlo. El fin principal de la intervención es disminuir el tamaño de ese coágulo para evitar la compresión sobre el cerebro y casi siempre se deja un tubo o drenaje para que continúe saliendo en las primeras 24 ó 48 horas siguientes. A veces se realiza con anestesia local.

RIESGOS O COMPLICACIONES

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

1. - Con cierta frecuencia y debido a la atrofia cerebral del paciente se pueden volver a formar los hematomas.
2. - El espacio que estaba ocupado por el hematoma inicialmente se ocupa por aire (neumoencéfalo) que puede provocar cefalea y trastornos del nivel de conciencia.
3. - Se pueden producir infecciones de la piel o del propio cerebro, que se tratan con antibióticos. Rara vez precisan una reintervención quirúrgica.

4. - Los drenajes que se dejan durante los primeros días pueden emigrar o lesionar el cerebro.

5. - Se pueden producir hemorragias en el cerebro al evacuar el hematoma.

6. - Pueden aparecer crisis convulsivas epilépticas.

7. - 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.*

8. - 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 *HEMATOMA SUBDURAL CRONICO* asumiendo la posibilidad de que puedan ocurrir las complicaciones explicadas u otras aún más excepcionales, sin que medie error, impericia u omisión.

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 puede ser portadora de enfermedades transmisibles en muy baja frecuencia, a pesar de que cada donación es analizada exhaustivamente), 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. Después de la misma pueden persistir los síntomas que tuviere antes de la misma e incluso necesitar otra intervención porque quedan retenidos fragmentos del coágulo o porque se reproduce.

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 , año 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 , año de