

Consentimiento informado para la intervención de neuralgia del trigemino. Descompresión microvascular

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 los casos de neuralgia del trigémino rebelde a tratamiento médico. En la mayoría de los casos la neuralgia se produce por la compresión o irritación que produce una arteria sobre el nervio trigémino.

La intervención quirúrgica consiste en la apertura y resección de una pequeña parte del hueso de la región situada detrás del pabellón auricular (**craniectomía**) para tener acceso al lugar por donde salen los nervios craneales y en concreto el trigémino. A continuación se identifica o localiza dicho vaso y se interpone un material entre la arteria o vena y el nervio. La intervención se realiza con técnicas microquirúrgicas. Se trata de intervenciones de larga duración (mínimo 3-4 horas).

RIESGOS O COMPLICACIONES

1.- Lesión del propio nervio trigémino o del nervio facial que se encuentra en las proximidades. Es excepcional que suceda pero su lesión podría ocasionar una parálisis de la cara, pérdida de la sensibilidad de la cara,õ

2.- No es frecuente pero, a consecuencia de la manipulación del cerebelo se pueden producir hemorragias o infartos que serán más o menos graves según sean su extensión y localización.

3.- 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.

4.- Por la propia intervención se crea un pequeño defecto de hueso en la zona posterior al pabellón auricular, la musculatura de la cabeza y cuello protegen la zona y el defecto estético no es muy acusado.

5.- Algunas veces es necesario colocar una prótesis de duramadre para recubrir el cerebelo en los casos en que esta es muy frágil o delgada. Al ser una prótesis tiene riesgos de infección o de rechazo.

6.- 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.

7.- A pesar de todas las medidas de tratamiento, a veces se produce un edema cerebral o "hinchazón" que puede impedir continuar con la intervención y provocar una evolución desfavorable y grave.

8.- Esta intervención se realiza en la parte posterior del cráneo (fosa posterior) y tiene una serie de riesgos específicos:

- En esta zona es difícil hacer un cierre hermético de la membrana que cubre al cerebro, por lo que a veces se produce salida del líquido cefalorraquídeo con el riesgo que supone de infección. En ocasiones es necesaria otra intervención para corregir el cierre.
- Esta zona se encuentra cerca del tronco cerebral que regula la respiración y la frecuencia cardíaca. Es excepcional que suceda una lesión a este nivel pero si esto ocurre es una complicación muy grave.

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

10.- 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.

11.- 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.*

12.- 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 DESCOMPRESION MICROVASCULAR POR NEURALGIA DEL TRIGEMINO
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 anatomo-
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 ò ò ò ò ò ò ò ò .., aõ ò ò ò ò ò .. de de ò ò ò .

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

D.N.I. ò ò ò ò ò ò ò ò

Firma del médico

Colegiado número:.....

En ò ò ò ò ò ò ò ò ., añ ò ò ò ò ò ò .. de de ò ò ò .