

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
EVACUACIÓN DE UNA HEMORRAGIA CEREBRAL TRAUMÁTICO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Usted presenta una lesión intracraneal consistente en un cúmulo 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 (EXTRADURAL O SUBDURAL), o que se encuentra intraparenquimatoso, que se ha generado de forma traumática.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

¿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 de ubicación 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 cirugía

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda,

embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros 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. 1,2%., es muy baja por la cirugía en sí.

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 exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Evacuación de una Hemorragia Cerebral Traumático** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA EVACUACIÓN DE UNA HEMORRAGIA CEREBRAL TRAUMÁTICO, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)