

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CRANEOTOMIA - ABSCESO CEREBRAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Un Absceso Cerebral es un acúmulo de pus localizado dentro del cerebro. Puede ocurrir a cualquier edad, y puede ser único o múltiple. Inicialmente se produce una inflamación del cerebro debido a la infección (cerebritis), pero luego evoluciona a la formación de una cavidad que se llena de pus, rodeada por una pared que lo separa del resto del cerebro, y que tiende a crecer de forma progresiva. Puesto que se trata de una infección grave puede provocar fiebre, malestar general, decaimiento,... Además, como se trata de una masa dentro del cerebro, puede producir también dolor de cabeza, náuseas, vómitos, síntomas neurológicos (pérdida de fuerza en un lado del cuerpo, dificultad para hablar, desorientación,...). normalmente los síntomas tienen varias semanas de duración. **La operación consiste** en la apertura del cráneo (craneotomía) para acceder al lugar donde está situado el absceso y evacuarlo. La cicatriz en la piel del cuero cabelludo dependerá de la localización y tamaño de la lesión. Intraoperatoriamente se enviará una muestra del absceso para conocer provisionalmente la especie de germen. Sin embargo, el informe definitivo respecto al germen se recibe a los pocos días. La dificultad y duración de la intervención depende de la localización del absceso.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Los objetivos del tratamiento son tres: identificar el germen causante de la infección, iniciar tratamiento con antibióticos, y evacuar el pus contenido en el cerebro al exterior. El tratamiento antibiótico por sí solo puede ser insuficiente, por lo que habitualmente es necesario intervenir quirúrgicamente para evacuar el pus del cerebro. Se aprovecha la intervención para tomar una muestra de pus y averiguar cuál es el microorganismo causante de la infección.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Tras salir del quirófano, en la mayoría de los casos, el paciente pasará a la Unidad de Terapia Intensiva, donde permanecerá hasta el día siguiente a la operación (al menos si la recuperación es muy favorable). Esto tiene como objetivo que la recuperación de la anestesia sea lenta y lo más idónea para el cerebro recién operado. Además permite una mejor vigilancia del paciente en las primeras horas, pudiendo detectarse complicaciones tempranas que requirieran una nueva reintervención. Se administrará el antibiótico que responde al germen responsable del absceso cerebral. Una vez de vuelta en la planta de Neurocirugía, el paciente se irá incorporando progresivamente hasta levantarse lo antes posible. Tras 7-8 días de la intervención se retiran los puntos. En función de este resultado se decide el tipo de estrategia terapéutica que puede durar bastantes semanas.

RIESGOS FRECUENTES

En ocasiones pueden aparecer crisis epilépticas que habitualmente se controlan bien con medicación. Los déficits neurológicos existentes antes de la cirugía pueden incrementarse con ésta. Con cierta frecuencia la infección no se controla adecuadamente a pesar de los antibióticos y la cirugía, y requiere nueva intervención por uno de los dos procedimientos descritos. Además puede producirse Meningitis, lesiones derivadas de la localización del proceso como pérdida de fuerza en un brazo y pierna del lado opuesto, alteraciones del habla, alteraciones del equilibrio y dificultad para comunicarse con el entorno. También pueden aparecer alteraciones de la memoria o del carácter así como trastornos visuales que pueden ser permanentes. Peligro de muerte. Aunque se evacue la colección de pus en aproximadamente un 25 % de los casos no se encuentra el germen responsable tras cultivo.

El paciente será dado de alta cuando responda eficazmente al tratamiento y se demuestre la regresión de la colección de pus en los controles radiológicos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CRANEOTOMIA - ABSCESO CEREBRAL

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Tratamiento medicamentoso: No indicado por no responder eficazmente, peligro de rotura de la colección y por consiguiente no evitar el peligro de aparición de déficits neurológicos.
Cirugía estereotáxica no está indicado en mi caso, se estima que la punción no va a ser suficiente, o ésta ha fallado en varias ocasiones.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CRANEOTOMÍA - ABSCESO CEREBRAL**
EN, A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CRANEOTOMÍA - ABSCESO CEREBRAL**
EN, A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.
EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE
.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO