

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRENEOTOMÍA POR LESIONES INTRACEREBRALES**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

1. Yo,..... con diagnóstico presuntivo de....., habiéndoseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi patología y sus riesgos, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, por la presente autorizo al **Dr./a** ....., y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como ....., que se realizará en .....
2. Un TUMOR CEREBRAL, es una lesión que se produce ante el crecimiento desordenado de células provenientes del propio tejido cerebral (tumor primario) o procedentes de otros tumores del organismo (metástasis). La dificultad y riesgos de la intervención dependen del tipo y localización del tumor. Se trata de intervenciones mayores, de larga duración (desde 3-4 horas hasta más de 10-15 horas). Los tumores pueden ser benignos (de lento crecimiento y curables mediante cirugía cuando se consigue quitarlos completamente) o malignas (con mucha tendencia a reproducirse al no poder ser extirpadas por completo), pero no puede conocerse con certeza su naturaleza hasta que no sean analizadas por el patólogo.
  - a) La cirugía consiste en la extirpación total o parcial de la lesión, mediante la realización de una craneotomía (que consiste en la sección de una parte del hueso del cráneo llamada colgajo óseo), intentando no lesionar estructuras sanas.
  - b) La intervención enunciada en el punto precedente me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
3. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:
  - 3.1.1 **Frecuentes:** Infección superficial, lesión del músculo de la masticación, edema de los párpados de uno a ambos ojos, visión borrosa o doble y problemas del habla (habitualmente son pasajeras y ceden en unos días), trastornos mentales (cambios de carácter, lentitud de pensamiento).
  - 3.1.2 **Menos frecuentes:** Hemorragia intracraneal post-quirúrgica causante de déficit neurológico, epilepsia, trombosis venosa profunda, úlcera de estrés, diabetes insípida (es una afección en la cual los riñones son incapaces de conservar el agua), hiperglucemia por corticoides (exceso de azúcar en sangre debido a la medicación), neumonía intrahospitalaria, osteomielitis, absceso cerebral y empiema subdural.
  - 3.1.3 **Infrecuentes pero Graves:** Hematoma epidural, hematoma subdural agudo, edema cerebral postquirúrgico e hipertensión endocraneana, tromboembolismo pulmonar y estado vegetativo.  
**Mortalidad global de la cirugía de 1-3%.**
4. Se me ha aclarado durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
5. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
6. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que .....

(marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

7. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer:.....
8. Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme la siguiente: radioterapia convencional, radiocirugía, quimioterapia y otros métodos menos frecuentes (inmunoterapia, radioterapia intersticial, radioterapia intraoperatoria, etc.), a las que muchas veces debe recurrirse en el tratamiento del paciente con una lesión cerebral que ya ha sido operada, aunque asimismo se me ha explicitado que de acuerdo a mi estado actual de salud, resulta mas aconsejable el procedimiento quirúrgico propuesto. Se me han explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección de tratamiento alternativo.-
9. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-
10. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
11. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a: .....
12. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.-
13. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
14. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que lo integran, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....