



CONSENTIMIENTO INFORMADO

.....
1er. APELLIDO

.....
2º. APELLIDO

.....
NOMBRE

HISTORIA CLINICA

D.N.I. del paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre del Médico que informa: _____

Nº Colegiado: _____

SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA. CIRUGÍA DE ABSCESO CEREBRAL

¿En qué consiste? El niño ha sido ingresado en el Servicio de Neurocirugía para ser intervenido de una posible infección o supuración intracraneal. Un **Absceso Cerebral** es una lesión que se produce cuando hay una infección que origina pus dentro del cráneo. Para su tratamiento es necesario saber el germen que la origina, evacuar la mayor parte del pus y completar un tratamiento con antibióticos. Existen dos tipos fundamentales de intervención quirúrgica:

- Cirugía estereotáxica. Se realiza una punción en el cerebro a través de un pequeño orificio practicado en el cráneo (trépano) para aspirar el pus contenido en el absceso a través de una cánula. Puede ser necesario dejar un catéter dentro de la cavidad para poder sacar más pus y/o introducir antibióticos directamente en la lesión. Esta intervención podría realizarse con anestesia local.
- Craneotomía. Bajo anestesia general se practica una apertura amplia de la cavidad craneal para llegar al absceso y proceder a su extirpación.

En su caso, la intervención quirúrgica más aconsejable es:.....

¿Cuánto dura? Variable según localización de la lesión y tipo de la misma.

Objetivos: La operación consiste en la apertura del cráneo para tener acceso al lugar donde está situado el pus y tratar de extirparlo en su totalidad o parcialmente. Se envía una muestra para estudio y el resultado definitivo se recibe aproximadamente unos días después. Con este diagnóstico se puede adecuar el tratamiento antibiótico.

Consecuencia segura o probable del procedimiento: Como consecuencia de la intervención quedará una cicatriz, que en ocasiones puede ser visible a través del cuero cabelludo.

¿Qué riesgos tiene?: El absceso cerebral es una patología grave con un elevado índice de complicaciones y mortalidad.

Riesgos generales por la técnica quirúrgica: La dificultad y riesgos de la intervención dependen del tipo de cirugía, la localización y el estado del paciente. Podrían producirse las siguientes complicaciones:

- a. Crisis epilépticas (10-72%), normalmente controlables con medicación. Pueden aparecer incluso años después de la intervención.
- b. Aparición de un nuevo déficit neurológico o agravamiento de uno existente (4-27%). Según la localización de la lesión podría/n producirse: hemiparesia (pérdida de fuerza muscular en la mitad del cuerpo), alteración del campo visual, trastornos del lenguaje, defecto de la sensibilidad, afectación de pares craneales, nistagmus, ataxia.
- c. Retraso escolar (hasta en 70%) y trastornos emocionales.
- d. Recurrencia de la infección a pesar de los antibióticos y la cirugía, que pueden requerir una reintervención. Recurrencia tras aspiración estereotáxica (3-25%) y tras extirpación (0-6%).
- e. Hemorragia dentro del cerebro que puede causar un nuevo defecto neurológico o empeorar uno que ya existía.
- f. Edema cerebral o inflamación
- g. Infarto cerebral que puede causar un nuevo defecto neurológico o empeorar uno que ya existía.
- h. Ruptura ventricular-ventriculitis.
- i. Meningitis
- j. Fístula de LCR a través de la herida quirúrgica.
- k. Osteomielitis (infección del hueso).
- l. Hidrocefalia.
- m. Mortalidad operatoria depende del estado neurológico y general del niño (en niños intervenidos con buen nivel de conciencia es <20%). Mayor mortalidad en niños menores de 1 año y en inmunodeprimidos.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

Riesgos personalizados: NO SI Especificar:

Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo. El beneficio que obtendrá el niño es confirmar el diagnóstico de absceso, identificar el germen que lo ha producido, reducir su tamaño para aliviar los síntomas de compresión cerebral y en ocasiones dejar un catéter en el interior para poder evacuar el pus y/o administrar antibióticos.

El médico que le atiende ha considerado necesaria la cirugía para el correcto tratamiento de la/s lesión/es cerebrales que padece el niño. De confirmarse el diagnóstico de absceso, debe completarse el tratamiento con antibióticos adecuados al germen que lo ha producido.

Salvo en aquellos casos que presentan colecciones infecciosas de pequeño tamaño, en las que los antibióticos pueden erradicar por sí solos la infección, en el resto de casos no existe ningún otro tratamiento no quirúrgico capaz de curar la infección

OTRAS CONSIDERACIONES:

Si precisa más información o alguna aclaración, no dude en preguntarnos.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto de que he sido informado, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.
- Acepto la posibilidad de que el procedimiento sea realizado por médicos residentes tutelados por médicos especialistas del Servicio.
- Autorizamos a utilizar las imágenes o información personal con fines docentes o científicos, respetando el anonimato de mi hijo/hija,
- Autorizamos SI NO para utilizar material gráfico o biológico resultado de la intervención con fines docentes y científicos.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento, aceptando firmar la denegación si esto llegara a suceder.

Firma del menor
(con madurez suficiente)

Firma del Padre, Madre o Tutor

Firma del Médico

DENEGACION DE CONSENTIMIENTO

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACION DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Motivo _____

Firma paciente,

Firma testigo,

Firma médico,

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, etc.).

Nombre: _____ D.N.I.: _____
Firma, _____

En calidad de _____ deniego la autorización para realizar el procedimiento mencionado.