

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 27 de octubre del 2023

VISTOS:

El Memorando N° 000271-2023-DN-DICIR/INEN, del Departamento de Neurocirugía, Informe N° 000571-2023-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Memorando N° 000006-2023-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 001286-2023-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos: (...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, con Memorando N° 000271-2023-DN-DICIR/INEN, el Departamento de Neurocirugía, remite al Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, la versión final de los Formatos de: 1. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Abordaje a la columna cervical, 2. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Abordaje a la columna lumbar, 3. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Abordaje a la columna torácica, 4. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Abordaje transesfenoidal, 5. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Craneotomía de base de cráneo, 6. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Craneotomía supratentorial, 7. Consentimiento

Informado para el procedimiento quirúrgico Craneotomía de fosa posterior, 8. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico de Biopsia Cerebral por Estereotaxia, 9. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Derivación de líquido cefalorraquídeo y 10. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Drenaje externo de líquido cefalorraquídeo, con el propósito que continúen con los trámites de aprobación correspondiente, para su revisión, el cual de acuerdo al Informe N° 000571-2023-DNCC-DICON/INEN, emitido por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, considera que lo encuentra adecuado para su aprobación;

Que, con el Memorando N° 000006-2023-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 17 de agosto del año en curso, acordó, aprobar los 10 formatos de consentimiento informado antes mencionados;

Que, de la revisión efectuada a los formatos de Consentimiento Informado, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);

Que, con los documentos de Vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual cumple con visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Cirugía; Dirección de Control del Cáncer; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Departamento de Neurocirugía, Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN y con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones-ROF del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA; y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar los formatos de: 1. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Abordaje a la columna cervical, 2. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Abordaje a la columna lumbar, 3. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Abordaje a la columna torácica, 4. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Abordaje transesfenoidal, 5. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Craneotomía de base de cráneo, 6. Consentimiento Informado para el procedimiento craneotomía supratentorial, 7. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Craneotomía de fosa posterior, 8. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico de Biopsia Cerebral por Estereotaxia, 9. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Derivación de líquido cefalorraquídeo y 10. Consentimiento Informado para el procedimiento quirúrgico Drenaje externo de líquido cefalorraquídeo, los mismos que en anexo forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE.

MG. FRANCISCO E.M. BERROSPÍ ESPINOZA
Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ABORDAJE A LA COLUMNA CERVICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

Consiste en acceder a la columna a través de los músculos que la rodean en el cuello, anteriores o posteriores, y liberar a los nervios, las raíces nerviosas o a la propia médula espinal de la presión que ejerce la lesión o tumor. En ocasiones se extirpa el disco intervertebral, los osteofitos (hueso anómalo crecido en el borde de la vértebra) o algunos trozos de la propia vértebra. Tras liberar los nervios y/o la médula espinal, en algunos casos es necesario estabilizar con elementos de fijación.

Objetivo:

Extirpar el tumor y descompresión de los elementos neuronales, obtener diagnóstico patológico y estabilizar la columna cervical.

Alternativas:

Radioterapia, quimioterapia, radiocirugía, tratamiento del dolor.

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica:

Extirpar el tumor y descomprimir las estructuras neurales afectadas por el tumor, disminuyendo el dolor y estabilizar la columna vertebral cervical.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica:

Progresión de la enfermedad y compresión de estructuras neuronales.

Riesgos reales y potenciales:

Molestias en el cuello y el dolor al tragar. Estas molestias ceden a los pocos días y se controlan fácilmente con tratamiento.

Hematomas e inflamación posquirúrgica, los pequeños hematomas no requieren tratamiento y son frecuentes, a veces la acumulación de sangre tras la intervención es excesiva y puede requerir drenaje quirúrgico.

Infecciones: superficiales o profundas, con cierta frecuencia, pueden producirse problemas inflamatorios o desplazamientos de las piezas que se colocan entre las vértebras o como fijación (placas, tornillos, etc.) que pueden requerir su revisión quirúrgica, su recolocación o su retirada.

Lesión de las zonas cercanas a la columna cervical (médula espinal, esófago, arteria carótida, vena yugular y tráquea), que pueden oscilar entre una mayor o menor lesión nerviosa incluida la paraplejía o tetraplejía hasta ser causa de muerte.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

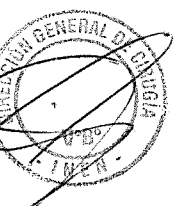
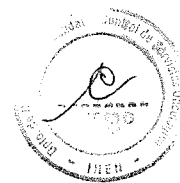
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...
Declaro:
Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

ABORDAJE A LA COLUMNA CERVICAL

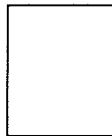
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

ABORDAJE A LA COLUMNA CERVICAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ABORDAJE A LA COLUMNA LUMBAR

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

El tratamiento quirúrgico consiste en acceder a la columna a través de los músculos que la rodean en la espalda, o más raramente en los laterales o incluso a través del abdomen para liberar las raíces nerviosas de la presión y aliviar o eliminar los síntomas, extirpando el tumor.

Tras liberar los nervios y/o la médula espinal, en algunos casos es necesario mantener más estable la columna (fijar) con placas, tornillos e injertos óseos o de otro material compatible con el organismo, tanto en la parte posterior, como en la anterior.

Hay diferentes opciones en el tratamiento quirúrgico que su cirujano le ofrecerá en función de sus condiciones, síntomas y localización de la lesión.

Objetivo:

Extirpar el tumor y descompresión de los elementos neuronales, obtener diagnóstico patológico y estabilizar la columna lumbar.

Alternativas:

Radioterapia, quimioterapia, radiocirugía, tratamiento del dolor.

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica:

Descomprimir las estructuras neurales afectadas por el tumor y estabilizar la columna vertebral lumbar, disminuir el dolor.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica:

Progresión de la enfermedad y compresión de estructuras neuronales.

Riesgos reales y potenciales:

Hematomas e inflamación postquirúrgica, déficit radicular (de un nervio), necesidad de reintervención precoz por la sintomatología que motivó la primera intervención, persistencia de un síndrome de cauda equina (lesión de múltiples nervios), lesiones de los esfínteres, fistula de líquido cefalorraquídeo (salida a través de la herida o acumulación bajo la piel), infección, hernia incisional en la pared del abdomen, columna lumbar, médula espinal, grandes vasos y estructuras intestinales o del uréter en los abordajes que se hacen por vía anterior o lateral, lesión del plexo hipogástrico superior que puede llevar consigo eyaculación retrógrada en hombres o disfunción eréctil, fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

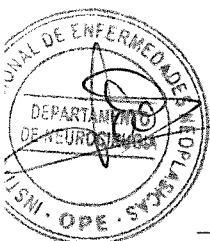
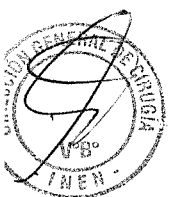
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

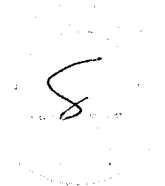
Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...
Declaro:
Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

ABORDAJE A LA COLUMNA LUMBAR

- En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:
1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

ABORDAJE A LA COLUMNA LUMBAR

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

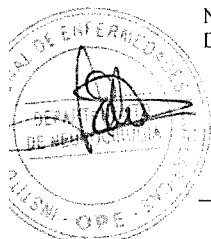
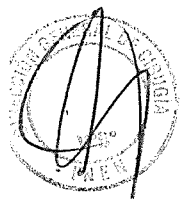
FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ABORDAJE A LA COLUMNA TORÁCICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN; "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

El tratamiento quirúrgico consiste en acceder a la columna a través de los músculos que la rodean en la espalda, en los laterales o incluso a través del abdomen o del tórax, y liberar las raíces nerviosas de la compresión generada por el tumor en la médula espinal y demás estructuras neurales. Para ello en ocasiones se reseca (extirpa) el tumor y luego se liberan los nervios y/o la médula espinal, en algunos casos es necesario mantener más estable la columna (fijar) con placas, tornillos e injertos óseos o de otro material compatible con el organismo, tanto en la parte posterior, como en la anterior.

Las cirugías más frecuentes son: cifoplastia-vertebroplastia, laminectomía, costo-transversectomía, descompresión transtorácica, vertebrectomía e injerto, fusión espinal posterior fijación espinal anterior-lateral, fijaciones combinadas o "circunferenciales". En casos seleccionados, para asegurarse una perfecta estabilización, se realizan ambas, anterior- lateral y posterior.

Objetivo:

Extirpar el tumor y descompresión de los elementos neuronales, obtener diagnóstico patológico y estabilizar la columna torácica.

Alternativas:

Radioterapia, quimioterapia, tratamiento del dolor y ortesis (corset).

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica:

Descomprimir las estructuras neurales afectadas por el tumor y estabilizar la columna vertebral torácica.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica:

Progresión de la enfermedad y compresión de estructuras neurales.

Riesgos reales y potenciales:

- Hematomas e inflamación postquirúrgica.
- Déficit radicular (de un nervio).
- Necesidad de reintervención precoz por la sintomatología que motivó la primera intervención.
- Persistencia de un síndrome de cauda equina (lesión de múltiples nervios) o lesión medular. Lesiones de los esfínteres.
- Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- Infección
- Complicaciones relacionadas con el uso de cemento: fuga del cemento, siendo la mayoría asintomáticas.
- Lesión (médula espinal, grandes vasos o pulmón) en los abordajes que se hacen por vía anterior o lateral. Fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

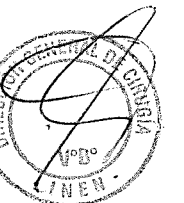
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...
Declaro:
Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

ABORDAJE A LA COLUMNA TORÁCICA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

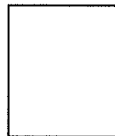
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N°..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

ABORDAJE A LA COLUMNA TORÁCICA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ABORDAJE TRANSESFENOIDAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

El tratamiento quirúrgico se realiza a través de las fosas nasales, a las que se puede acceder a través de una incisión de la parte profunda del labio superior o directamente a través de la nariz, por debajo de la mucosa hasta llegar al techo de las fosas nasales, donde tras romper una lámina de hueso se accede a una cavidad llena de aire en cuyo fondo se halla una delgada lámina de hueso (suelo de silla turca), donde se aloja la hipófisis. Tras perforar este hueso y seccionar las cubiertas cerebrales se accede a la glándula pituitaria y al tumor para su extirpación lo más ampliamente posible, con la ayuda de elementos de magnificación como microscopios o endoscopios, aunque no siempre se puede hacer por completo. Los restos de hipófisis normal, si es que existen, a veces pueden respetarse, pero otras se extirpan junto al tumor.

Objetivo:

Resección de la mayor cantidad de tumor con el menor daño posible de las estructuras nerviosas.

Alternativas:

Radiocirugía, radioterapia externa fraccionada y en ocasiones quimioterapia.

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica:

Resecar el tumor, obtener diagnóstico y determinar el tratamiento posterior.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica:

Progresión de enfermedad, pérdida de las funciones neurológicas, coma, fallecimiento.

Riesgos reales y potenciales:

Complicaciones nasofaciales y del seno esfenoidal, fistulas de líquido cefalorraquídeo, con posible infección (meningitis), fractura del paladar duro, sinusitis, perforación del septo nasal, deformación nasal y epistaxis (hemorragia nasal), panhipopituitarismo, diabetes insípida, lesión del hipotálamo (fiebre, coma), la hemorragia intracranial, complicaciones visuales, por lesión del nervio óptico o del quiasma óptico con ceguera o disminución de agudeza visual, afectación del seno cavernoso que pueden producir afectación de nervios que se encargan de la movilidad de los ojos (estrabismo, visión doble), afectación trigeminal (dolor facial, pérdida de sensibilidad en la cara, anestesia de la córnea del ojo). Una complicación muy grave es la lesión de la arteria carótida y la mortalidad.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

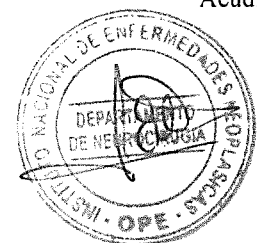
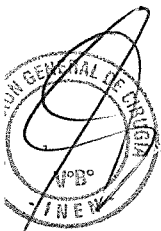
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente:, con número de Historia Clínica N°, con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

ABORDAJE TRANSESFENOIDAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

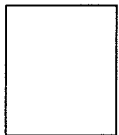
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA:/...../..... HORA:



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

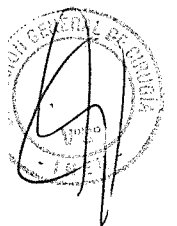
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

ABORDAJE TRANSESFENOIDAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA:/...../..... HORA:

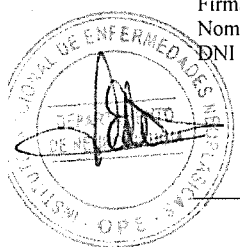


Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO CRANEOTOMÍA DE BASE DE CRÁNEO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN; "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

Consiste en realizar una incisión en el cuero cabelludo y una extracción de una parte ósea determinada para la identificación del tumor o lesión en la base del cráneo. Puede ser necesaria la apertura de distintos compartimentos cefálicos (cerebrales) para acceder a la lesión. La mayoría de las veces la incisión (corte) y el abordaje se diseñan para cada caso en particular. La resección del tumor suele hacerse con microscopio quirúrgico.

Son ser intervenciones de larga duración con pérdida de sangre, y a veces puede ser necesario transfusiones. Dependiendo del caso, es necesario la utilización de un drenaje espinal (un tubo que se inserta en la columna para la evacuación de líquido cefalorraquídeo) que se retira tras la intervención o varios días después. Asimismo, puede ser necesario el empleo de placas de titanio para la reconstrucción del hueso y de diferentes parches biológicos para cerrar la duramadre (membrana que recubre el cerebro) que debe quedar impermeable.

Tras la operación el paciente pasa a una Unidad de Cuidados Intensivos y puede permanecer intubado (un tubo en la garganta conectado a una máquina que le ayuda a respirar).

Objetivo:

Resección de la mayor cantidad de tumor con el menor daño posible, especialmente a las estructuras nerviosas.

Alternativas:

Radiocirugía, radioterapia externa fraccionada y en ocasiones quimioterapia.

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica:

Resecar el tumor, obtener diagnóstico y determinar el tratamiento posterior.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica:

Deterioro neurológico, progresión de la enfermedad, fallecimiento.

Riesgos reales y potenciales:

Fístulas de líquido cefalorraquídeo, infecciones (al trabajar en zonas no estériles, como fosas nasales, garganta, oído, y la duración de estas intervenciones). Lesión de nervios de forma transitoria o menos permanente, lo que se puede traducir en visión doble, alteraciones en la deglución (al tragar) o en la fonación (al hablar) o en la movilidad o la sensibilidad de la cara, hidrocefalia (acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo en el cerebro) por alteración en la circulación del líquido cefalorraquídeo, hemorragias postquirúrgicas, infartos cerebrales, el edema o inflamación cerebral y las lesiones neurológicas, con afectación del tronco cerebral, lesión de nervios o músculos oculares que produzcan alteración en la movilidad del ojo o el párpado, lo que conlleva visión doble, enoftalmos, exoftalmos, fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

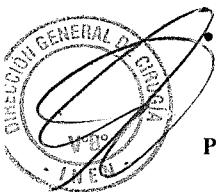
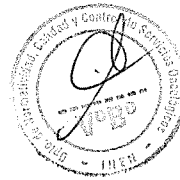
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...
Declaro:
Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

CRANEOTOMÍA DE BASE DE CRÁNEO

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N°..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

CRANEOTOMÍA DE BASE DE CRÁNEO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO CRANEOTOMÍA SUPRATENTORIAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

Consiste en una incisión (corte) del cuero cabelludo, luego extraer una parte del hueso del cráneo y tener una apertura para identificar la lesión o tumor en el cerebro. Una vez localizada la lesión se extirpa todo lo posible, intentando no lesionar estructuras sanas. En el caso de tumores del cerebro es necesario abrirlo a través de zonas donde las secuelas sean las mínimas. Si se trata de un hematoma en el interior del tejido cerebral se practica un orificio en el cerebro y a través de este se intenta extraer todo el contenido del hematoma. Si la lesión es externa al cerebro muchas veces es posible extirparlo sin lesionarlo. Una vez que se ha conseguido una superficie que no sangre, se cierra la duramadre y se vuelve a colocar el fragmento de hueso.

Objetivo:

Extirpar el tumor con el fin terapéutico diagnóstico y posterior tratamiento complementario.

Alternativas:

Radioterapia externa fraccionada, radiocirugía, biopsia cerebral estereotáxica y quimioterapia.

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica:

Obtener diagnóstico, disminuir la presión intracraneal y así definir posterior tratamiento.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica:

Deterioro neurológico, progresión de la enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

Las complicaciones están relacionadas con secuelas temporales o permanentes, que son diversas y varían según la localización de la lesión, el estado previo y las características de cada paciente. Estas incluyen: convulsión postquirúrgica, trombosis venosa profunda, complicaciones gastrointestinales (úlceras de estrés o medicamentosa), complicaciones metabólicas (diabetes insípida), hiperglicemia, alteraciones hidro-electrolíticas, infecciones como infección hospitalaria (neumonía, sobre todo en enfermos con bajo nivel de conciencia y en inmunodeprimidos), infección urinaria, osteomielitis, absceso cerebral, empiema subdural, complicaciones por monitorización invasiva (presión intracraneal /catéter arterial), mortalidad en tumores cerebrales (hematomas), edema cerebral postquirúrgico e hipertensión intracraneal, hemorragia postquirúrgica en lecho operatorio (superior en los hematomas y tumores que han sangrado antes de la cirugía), tromboembolismo pulmonar, estado vegetativo y fallecimiento.

Riesgos incluyen, en un pequeño porcentaje de casos, la mortalidad post operatoria y las complicaciones post operatorias.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

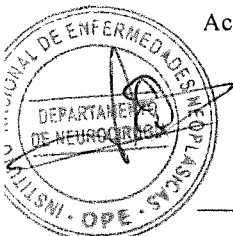
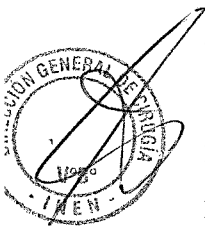
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente:, con número de Historia Clínica N°, con el Diagnóstico:
Declaro:
Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

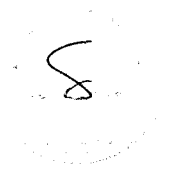
CRANEOTOMÍA SUPRATENTORIAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

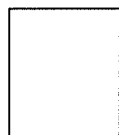
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA:/...../..... HORA:



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

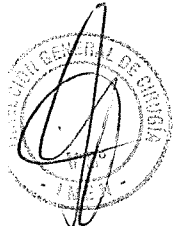
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

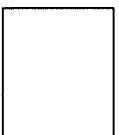
CRANEOTOMÍA SUPRATENTORIAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA:/...../..... HORA:



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO CRANEOTOMÍA DE FOSA POSTERIOR

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

El tratamiento quirúrgico consiste en una incisión del cuero cabelludo, hacer algunos orificios de trépano y unirlos con el adecuado instrumental y levantar un trozo del cráneo, se extirpan con pinzas especiales el área del hueso que se precise, que pueden o no volverse a reponer. Una vez localizada la lesión se extirpa todo lo posible, intentando no lesionar estructuras sanas. Una vez que se ha conseguido que no sangre, se cierra la duramadre (membrana que cubre el cerebro), y se vuelve a colocar el fragmento de hueso. Son intervenciones de más de 2-3 horas habitualmente. Los pacientes requieren pasar a la Unidad de Cuidados Intensivos después de la cirugía.

En la fosa posterior de la cabeza existen estructuras muy importantes del sistema nervioso, como el tronco cerebral (bulbo raquídeo, protuberancia) y el cerebelo. Existen estructuras muy importantes del sistema nervioso, como el tronco cerebral (bulbo raquídeo, protuberancia) y el cerebelo. También están pares craneales que son nervios craneales, de los que depende la movilidad de los músculos de la cara y los párpados, sensibilidad de la cara, audición, equilibrio, movimientos de los ojos, deglución (capacidad de tragar), fonación (capacidad de hablar), etc

Objetivo:

Extirpar tumores que pueden ser benignos o malignos que están en la zona profunda de la parte posterior de la cabeza y el oído (tras el peñasco, porción lateral del cerebelo, región posterior del lóbulo temporal, cercano al tronco cerebral).

Alternativas:

Radiocirugía, Radioterapia, quimioterapia.

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica:

Extirpar el tumor que causa compromiso por compresión de estructuras neurales. Tener un diagnóstico y posterior tratamiento.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica:

Deterioro de la función neurológica comprometida, enclavamiento, muerte.

Riesgos reales y potenciales:

Parálisis facial, disminución de la audición, fístula de líquido cefalorraquídeo, ataxia, descoordinación de la marcha, afectación de otros pares craneales: IV par (visión doble); V par (disminución sensibilidad facial); VI par (estrabismo, visión doble, complicación casual); IX-X-XI pares (parálisis de la cuerda vocal, dificultad para la deglución). Hematomas: epidural (situado entre la cubierta del cerebro y el cráneo), subdural (situado entre las cubiertas del cerebro y el cerebro), intracerebeloso (en el interior del cerebelo, parte del sistema nervioso cerebral que se sitúa bajo el cerebro y se encarga fundamentalmente de la coordinación de los movimientos), infecciones, infección hospitalaria: neumonía (sobre todo en enfermos con bajo nivel de conciencia y en inmunodeprimidos (pacientes con las defensas bajas). Mortalidad, meningitis, hidrocefalia.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

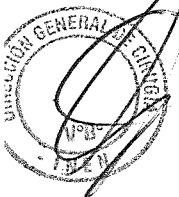
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente:, con número de Historia Clínica N°, con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

CRANEOTOMÍA DE FOSA POSTERIOR

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

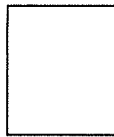
Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

CRANEOTOMÍA DE FOSA POSTERIOR

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE BIOPSIA CEREBRAL POR ESTEREOTAXIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

La biopsia por estereotáxia es una técnica quirúrgica muy precisa para localizar, evacuar o tomar muestras de tejido cerebral a través de un orificio muy pequeño en el cráneo, mediante un complejo sistema de localización de lesiones. La cirugía estereotáxica con marco requiere el uso de un casco que tiene marcados unos ejes de coordenadas. El marco se coloca en el tópic o en sala de Tomografía mediante pines que se insertan a través de la piel preparada con anestesia local. Posteriormente se realiza una Tomografía (TAC) o Resonancia Magnética (RM) craneal en que se ven a la vez los ejes de coordenadas del marco y la zona cerebral a biopsiar o localizar. Así, se pueden obtener las coordenadas de la lesión o estructura a localizar con respecto al marco.

Después de la prueba se acude al quirófano de nuevo para llegar a la zona que marquen las coordenadas.

La biopsia cerebral por Estereotáxia sin marco también se puede realizar mediante el uso de neuronavegador, al que, una vez suministrados y procesados los datos de RM y/o TAC, permite indicarnos la localización exacta de la zona cerebral que se quiere intervenir. Se lleva a cabo mediante un trépano (orificio) en el cráneo. Se realiza en sala de operaciones con anestesia general. En los casos en los que se va a realizar una biopsia, la evacuación o extirpación se realiza con un instrumento especial. La herida se cierra con varios puntos o grapas. Se envían las muestras para estudio a Anatomía Patológica o microbiología.

Objetivo:

Permite el acceso a zonas cerebrales, mediante un pequeño orificio, evitando los riesgos de una cirugía a cielo abierto (la apertura del cráneo) y permitiendo el acceso a zonas profundas.

Alternativas:

Resonancia Magnética, Angiorresonancia, Arteriografía cerebral o Tomografía axial computarizada.

Ventajas de realizar el procedimiento:

Obtener tejido para poder realizar el adecuado diagnóstico patológico y futuro tratamiento, así como el pronóstico de la enfermedad.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de la enfermedad sin posibilidad de obtener un diagnóstico oportuno y tratamiento posterior.

Riesgos reales y potenciales:

Edema cerebral, convulsión, infección, superficial-cutánea, de la piel, profunda-encefalitis, del cerebro, muestra insuficiente que requiera una nueva biopsia, muestra no diagnóstica o no concordante con el diagnóstico clínico-radiológico que requiera una nueva biopsia. Infección de la zona donde se han alojado los tornillos.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

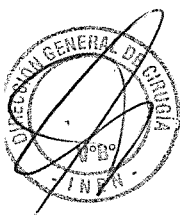
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

BIOPSIA POR ESTEREOTAXIA EN EL CEREBRO

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

BIOPSIA POR ESTEREOTAXIA EN EL CEREBRO

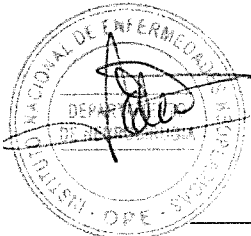
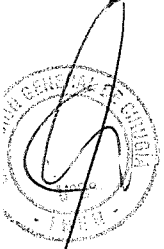
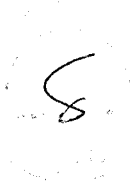
y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

Procedimiento:

La derivación del líquido cefalorraquídeo se puede realizar mediante la derivación ventrículo peritoneal, derivación ventrículo vascular, derivación lumbo-peritoneal, derivación ventrículo-pleural o mediante un reservorio tipo Ommaya, dependiendo de su caso.

La derivación ventrículo-peritoneal consiste en la colocación de un catéter con una válvula desde el ventrículo cerebral hasta la cavidad peritoneal en abdomen, y sirve para derivar líquido desde el interior del cerebro.

La derivación lumbo-peritoneal consiste en la colocación de un catéter con una resistencia al paso de líquido desde el canal raquídeo a nivel lumbar hasta la cavidad peritoneal en abdomen, con reservorio intermedio o no, y sirve para derivar líquido desde el interior del canal raquídeo.

La derivación ventrículo-vascular (atrial o venosa) consiste en la colocación de un catéter a nivel ventricular hasta una vena del organismo (habitualmente la yugular, pero pueden ser otras) dejando la punta del catéter lo más cerca posible de la aurícula derecha del corazón, y sirve para drenar líquido desde el interior del cerebro.

La derivación ventrículo-pleural consiste en la colocación de un catéter con una resistencia al paso de líquido desde el canal raquídeo a nivel ventricular hasta la pleura (cavidad entre la pared del pecho y los pulmones, dejando ahí la punta del catéter, y sirve también para drenar líquido desde el interior del cerebro.

La derivación mediante el Reservorio tipo Ommaya consiste en la colocación de un catéter conectado a un reservorio subcutáneo, a nivel intraventricular o en otra cavidad de líquido como un quiste aracnoideo o de un quiste tumoral, y sirve para extraer líquido de esa cavidad mediante punciones repetidas del reservorio subcutáneo o bien introducir líquidos que contengan un tratamiento específico, como quimioterápicos.

Objetivo: Derivar el líquido cefalorraquídeo para tratar la hidrocefalia, colocar tratamiento intratecal, obtener LCR para estudios diagnósticos.

Alternativas: Derivación ventricular externa, punción lumbar.

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica: Tratar la hipertensión endocraneana generada por el acumulo de líquido cefalorraquídeo, obtener diagnóstico etiológico y posterior tratamiento.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica: Deterioro neurológico, progresión de enfermedad y potencial enclavamiento y muerte.

Riesgos reales y potenciales: Dolor/molestias en zona quirúrgica, infección de la herida quirúrgica/derivación y cavidades, neumoencefalo/cefalea, mal función valvular, obstrucción, cefalea por sobredrenaje o hipodrenaje de LCR, mortalidad, infección grave: meningitis, ventriculitis, hematoma grave intracraneal: hematoma epidural, subdural, intraparenquimatoso, colapso intraventricular, epilepsia, riesgos derivados de la entrada en abdomen: perforación asa intestinal/colónica, perforación vesical, perforación de grandes vasos (vena Cava), infección abdominal, riesgos derivados de la entrada en el tórax o en los vasos sanguíneos: perforación pleural, infección, riesgos derivados de la entrada en el tórax o en los vasos sanguíneos: perforación pleural, infección.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro:

Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

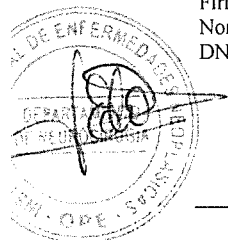
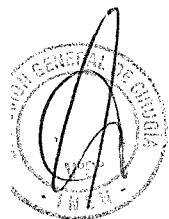


Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DRENAJE EXTERNO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

El drenaje externo del líquido Cefalorraquídeo puede ser: punción lumbar, drenaje lumbar o drenaje ventricular externo, según sea su caso.

La punción lumbar es una toma de una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) para que sea analizado y determinar el número de células, la composición bioquímica del líquido y la existencia o no de bacterias (si es preciso). En otras ocasiones se realiza una punción para extraer cierta cantidad de líquido, mayor de lo necesario para una simple muestra, con idea de descomprimir la presión del líquido sobre las estructuras neurales. A veces se utiliza un sistema para medir la presión del líquido.

El drenaje lumbar consiste en la introducción de una aguja en la región lumbar de la columna vertebral y a su través colocar y dejar un catéter muy fino (tubo muy fino) para que la salida de líquido continúe durante unos días, debiendo estar la bolsa del drenaje a una cierta altura que el personal inspeccionará en cada momento.

El drenaje ventricular externo consiste en la introducción de un catéter de pocos milímetros de diámetro en el sistema ventricular, sirve para evacuar LCR en los casos de hidrocefalia aguda (exceso de líquido cefalorraquídeo en el cerebro) o en ocasiones se coloca en algunas cirugías para evacuar LCR y facilitar la movilización de estructuras nerviosas.

Objetivo:

Extraer cantidad suficiente de líquido cefalorraquídeo para diagnóstico y tratamiento.

Alternativas:

Punción cisternal, drenaje lumbar y drenaje ventricular externo.

Ventajas de realizar la intervención quirúrgica:

Tratar la hipertensión endocraneana generada por el acumulo de líquido cefalorraquídeo, obtener diagnóstico etiológico y posterior tratamiento.

Consecuencias de no realizar la intervención quirúrgica:

Deterioro neurológico, progresión de enfermedad y potencial enclavamiento y muerte

Riesgos reales y potenciales:

Dolor lumbar, hematoma en el lugar de punción, cefaleas postpunción.

Complicaciones particulares de drenaje ventricular externo: cefalea por sobredrenaje o hipodrenaje de LCR, salida de LCR a través del catéter, infección superficial de herida quirúrgica: superficial-cutánea, epidural o meningitis, mortalidad, deterioro neurológico, a veces brusco, sobre todo si hay hipertensión intracraneal, convulsiones, fallecimiento.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se prevengan utilizar:

- Antibióticos: Reacción anafiláctica, diarreas, infección por hongos (candidiasis).
- Anticonvulsivantes: Lesión hepática aguda, reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Sedación, fatiga, mareos, déficit cognitivo, temblor, alteración del estado de ánimo, trastornos de coordinación (ataxia, disartria, diplopía), pérdida de la libido, disfunción eréctil.
- Corticoides: Aumento del apetito y del peso corporal, depósitos de grasa en el pecho, cara, espalda, retención de sal y agua, presión arterial alta, diabetes o hiperglicemia, curación lenta de las heridas, osteoporosis, cataratas, acné, debilidad muscular, adelgazamiento de la piel, aumento de la susceptibilidad a la infección, úlceras estomacales, aumento de la sudoración, cambios de humor, problemas psicológicos como la depresión y supresión suprarrenal.
- AINES: irritación del tracto gastrointestinal más frecuente los ancianos estos son esofagitis, úlceras (siendo sus complicaciones más frecuentes hemorragia y perforación), gastroduodenitis, lesiones tóxicas y diarrea. Insuficiencia renal.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones:

Si se presentara alguna molestia posterior a la intervención como: dolor, sangrado, fiebre, deterioro neurológico (debilidad de un miembro, pérdida abrupta de la visión, problemas al hablar, somnolencia, convulsiones)

Acudir a su médico inmediatamente o por emergencia de INEN.



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...
Declaro:
Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de

DRENAJE EXTERNO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades físico y mentales, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N°..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

DRENAJE EXTERNO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...