

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## DERIVACION LUMBOPERITONEAL DE LCR



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

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

Paciente	DNI	Firma	Fecha

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

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Es un tratamiento para aquellos casos de fístula o salida de líquido desde la cabeza que requieren la disminución de presión de éste líquido dentro de la bóveda craneal para permitir la adecuada cicatrización de las estructuras alrededor del orificio fistuloso, cuando fallan otros métodos como el cierre quirúrgico directo o no se puede detectar el orificio fistuloso. La intervención quirúrgica consiste en el implante de un dispositivo que permita evacuar el líquido cefalorraquídeo desde la región lumbar y trasladarlo a la cavidad abdominal.

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Los pacientes con hipertensión intracraneal benigna refractaria a tratamiento médico pueden beneficiarse de la colocación de una derivación lumbo-peritoneal.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Los posibles tratamientos alternativos son:  
A) Reposo y medicación, con el inconveniente de que pueden progresar los daños al sistema nervioso e infección  
B) Técnicas quirúrgicas alternativas: craneotomía (apertura quirúrgica del cráneo, para ocluir el trayecto fistuloso). Según su opinión no están indicadas en mi caso.

### RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.  
Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica:  
1.- Complicaciones en el tiempo quirúrgico. Inmediatas:  
1.1. Hemorragia intratecal  
1.2. Lesión nerviosa radicular.  
1.3. Perforación asa intestinal (Complicación casual).  
1.4. Perforación vesical (Complicación casual).  
1.5. Neumoencéfalo (Complicación casual).  
2.- Complicaciones tardías:  
2.1. Sobredrenaje de líquido cefalorraquídeo con hematoma subdural, epidural o intracerebral; con colapso ventricular (Complicación casual).  
2.2. Malfunción valvular. Obstrucción.  
2.3. Desconexión con posible migración (Complicación casual).  
2.4. Infección: meningitis, peritonitis, absceso de pared abdominal, pancreatitis, discitis.  
3. Herniación de las amígdalas cerebelosas.

### RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

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

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## DERIVACION LUMBOPERITONEAL DE LCR

**ACLARACIONES**  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **DERIVACION LUMBOPERITONEAL DE LCR**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE .....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **DERIVACION LUMBOPERITONEAL DE LCR**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO .....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO .....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO