

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO



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

La hidrocefalia es un bloqueo al líquido cefalorraquídeo en el sistema interior cerebral (ventrículos cerebrales) que es preciso que mantenga una producción y una absorción constante (1/2 litro aproximadamente) para el buen funcionamiento cerebral. La hidrocefalia puede ser aguda, dando síntomas de presión en la cabeza, como cefaleas, vómitos, somnolencia y coma entre otros.
La intervención consiste en derivar el líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia) al exterior por medio de unos tubos.
Se realiza un agujero en la cabeza (occipital o frontal), por donde se introduce un catéter al ventrículo y es derivado al exterior. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Cuando se produce la obstrucción que puede estar motivada por una hemorragia, tumor traumatismo craneoencefálico, infección
También se puede usar para la monitorización de la presión intracraneal.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Ya que usted presenta esta dilatación y necesita un tratamiento, en principio, lo más eficaz y rápido es la colocación de un método derivativo que suele ser colocado en situaciones de urgencias

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría de los síntomas y mejoría de la presión intracraneal.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, específicos del procedimiento:

- Obstrucción por hemorragias o bridas (10-50%).
- Hemorragia intracerebral causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,8-3%).
- Crisis epilépticas (precoces y tardías) en menos del 5%.
- Infección (1-10%). Superficial: de la piel, del trayecto. Profunda: meningitis o ventriculitis. - Mortalidad (0-1,2%).
- Neumoencefalo (aire en la cabeza).
- Sobredrenaje del líquido cefalorraquídeo: hematoma subdural, epidural, intracerebral.
- Colapso ventricular.
- Desconexión o rotura del catéter (3-5%).
- Mortalidad, es muy baja por la cirugía en sí.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

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.

**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 **DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE **DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO**

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