

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VENTRICULOSTOMIA ESDOSCOPICA



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

El líquido cefalorraquídeo se encuentra envolviendo el cerebro y en su interior (en unas cavidades denominadas ventrículos). La hidrocefalia se produce cuando se acumula más líquido de lo normal debido a un obstáculo en su circulación (congénito o tumoral) y se intenta solucionar realizando una comunicación entre los ventrículos y el espacio subaracnoideo que envuelve al cerebro, donde se reabsorbe el líquido. El porcentaje de éxito en casos de hidrocefalia obstructiva es del 75-90%. La **ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo** es la realización de un pequeño orificio (ostoma) en los ventrículos, que permite una conexión directa entre éstos y el espacio subaracnoideo salvando la obstrucción. Hoy en día esta intervención puede llevarse a cabo a través de una mínima incisión en el cuero cabelludo, y con escasos riesgos gracias a la ayuda de la endoscopia. A través de una incisión en la piel se hace un pequeño agujero (trépano) en el hueso para introducir el endoscopio en los ventrículos, un sistema rígido que contiene una cámara y un canal de trabajo a través del cual se realiza un orificio en el suelo del tercer ventrículo. El endoscopio permite visualizar de forma directa el funcionamiento de la ventriculostomía y, además, tomar muestras de las estructuras anormales que puedan verse (tumores, reacciones inflamatorias, etc) En ocasiones se complementa con la colocación de un drenaje ventricular externo temporalmente o un reservorio subcutáneo de forma definitiva.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El objetivo que se persigue es restablecer la circulación del líquido, salvando el obstáculo existente y permitiendo que el líquido llegue al lugar donde es reabsorbido. Así se consigue un alivio de los síntomas de presión en la cabeza, como cefaleas, vómitos, somnolencia y coma. Es el procedimiento de primera elección en pacientes con hidrocefalia obstructiva sin importar la etiología, con un tercer ventrículo suficientemente dilatado para permitir el uso del endoscopio y adecuada capacidad de absorción del LCR. En adultos con hidrocefalia secundaria a estenosis acueductal se tiene una efectividad entre 50 a 90%.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

La colocación de una derivación interna de líquido cefalorraquídeo a peritoneo, técnica que supone la implantación de una prótesis que presenta, entre otras muchas complicaciones frecuentes la infección (1-10%) y la obstrucción (4%) que obligan a cambiar el sistema en ocasiones.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Se realizará un seguimiento clínico estrecho, puede ser necesario una monitorización de la PIC transitoria, en el posoperatorio con un catéter ventricular. En general el paciente puede levantarse al día siguiente.

RIESGOS FRECUENTES

Generalmente no suelen producirse complicaciones. En ocasiones puede ser necesaria la reintervención si la Ventriculostomía no funcionara adecuadamente. La infección local de la herida es una complicación leve de fácil solución. Otros riesgos infrecuentes, pero más graves son pérdida de memoria, hemorragia cerebral y lesión nerviosa, que en casos excepcionales pueden causar la muerte. La mortalidad descrita es menor al 2%. La morbilidad asociada al procedimiento alcanza un 30% , relacionada en su mayoría a la condición del paciente, incluye principalmente hemorragia (intraventricular y parenquimatosa), infección, parálisis transitoria de nervios craneales, lesiones a mesencéfalo, episodios transitorios de confusión, hematomas subdurales asintomáticos, hematoma subdural agudo, y hemorragia subaracnoidea grave. La disfunción hipotalámica se atribuye a manipulación excesiva durante la perforación en casos de un piso ventricular grueso o secundaria a hemorragia intraventricular. Meningitis (2%). Complicaciones poco frecuentes (menores del 1%): crisis epilépticas, infección de herida quirúrgica, diabetes insípida, lesión de pares craneales, lesión vascular grave (arteria basilar), síndrome de herniación cerebral . Mortalidad (0 - 1%) . Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VENTRUCULOSTOMIA ENDOSCOPICA

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 **VENTRICULOSTOMIA ENDOSCOPICA**
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 **VENTRICULOSTOMIA ENDOSCOPICA**
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