

Consentimiento informado para la intervención de drenaje ventricular externo

DACIENTE	
PACIENTE	

Como paciente usted tiene derecho a ser informado/a acerca de la patología que padece, así como de los beneficios y riesgos derivados de la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas necesarias para su salud y bienestar. Para, finalmente, estar de acuerdo y asumir los criterios de su médico, al cual ha elegido libremente.

El objeto de este documento no es alarmarle, pero no puede ni debe ocultarse que, con independencia de la pericia profesional o de los medios de los que dispone el Hospital, pueden existir complicaciones o resultados no satisfactorios que obedecen al factor de inexactitud característico de las ciencias médicas.

Ud. ha recibido información sobre su:

DIAGNOSTICO
TIPO DE INTERVENCION
CIRUJANO

El cerebro produce continuamente líquido cefalorraquídeo (aproximadamente ½ litro al día). Este se produce dentro del cerebro, en unas cavidades que se denominan ventrículos cerebrales. Circula por dentro y por fuera del cerebro y se absorbe en la misma cantidad. Si se absorbe menos del que se produce o se obstruye el espacio por el que circula, se acumula en los ventrículos provocando una compresión sobre el cerebro, con el riesgo de producir una lesión cerebral e incluso la muerte.

Para evitar que se acumule el líquido cefalorraquídeo se colocan unos sistemas de derivación que pueden ser externos (provisionales) o internos (definitivos).

DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO.

Este sistema se coloca generalmente cuando se acumula el líquido de forma aguda, cuando hay una hemorragia, cuando hay una infección,... Al cabo de unos días este sistema se tiene que retirar, bien porque ya no se necesite o porque se coloque un sistema de derivación interno.

La intervención consiste en realizar un pequeño agujero en el cráneo y colocar un tubo de silicona dentro de una de las cavidades ventriculares Este tubo se conecta a una bolsa que recoge el líquido.

RIESGOS O COMPLICACIONES

- 1. El riesgo principal que tiene esta intervención es que se infecte el líquido cefalorraquídeo. A medida que aumentan los días que es necesario estar con este sistema, más probabilidad hay de que se infecte a pesar de los cuidados en la manipulación.
- 2. Se puede producir una hemorragia dentro de los ventrículos cerebrales. Por lo general no necesita tratamiento y al cabo de unos días desaparece.
- 3. A veces el catéter se obstruye si hay sangre o si se infecta. También puede dejar de funcionar porque se vacíen rápidamente las cavidades o porque se salga de ellas. En estos casos es necesario cambiar el drenaje y colocar otro nuevo.
- 4. Al introducir el drenaje se puede producir una hemorragia dentro del cerebro. Suele ser de pequeño tamaño y no es habitual que precise tratamiento o que produzca problemas.
- 5. En casos en que el líquido acumulado esté a mucha presión, el vaciamiento rápido de este líquido puede provocar la aparición de una hemorragia entre la duramadre y el cerebro. Si esto sucede, puede ser necesaria una intervención para vaciar este hematoma.
- 6. Reacciones alérgicas (Tanto el INSALUD, como Sociedades científicas especializadas recomiendan el no hacer sistemáticamente pruebas diagnósticas para detectar una posible alergia, ya que las mismas

pruebas no están exentas de riesgos y el resultado negativo no garantiza que no exista reacción alérgica posterior). Si tiene antecedentes alérgicos comuníquenoslo. 7. - RIESGOS PARTICULARES: años de edad, o por incapacidad legal su representante con DNI...... reconoce haber sido años informado de forma clara y sencilla de los detalles sobre el procedimiento al que voluntariamente se va a someter, del pronóstico, secuelas y otras consecuencias derivadas del mismo, así como de los posibles procedimientos alternativos, si los hubiere, con sus efectos y riesgos, y de haber recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que hubiere formulado. Por tanto da libremente su consentimiento al médico y al Hospital para la realización de la intervención de DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO asumiendo la posibilidad de que puedan ocurrir las complicaciones explicadas u otras aún más excepcionales, sin que medie error, impericia u omisión. Asimismo autorizo a mis médicos a tomar las medidas que estimen oportunas en beneficio de mi salud que, por la urgencia de las mismas, no permitan demora para solicitar nuevo consentimiento, incluyendo: la hemoterapia (lo que implica que, a pesar de que cada donación es analizada exhaustivamente, puede ser portadora de enfermedades transmisibles en muy baja frecuencia), sueroterapia, variaciones de la anestesia, técnicas instrumentales diagnósticas o terapéuticas. Autorizo a que el Hospital disponga de los tejidos y otros elementos de mi cuerpo que precisan ser extirpados durante la intervención, para su oportuno estudio anatomo-patológico. Así como que puedan ser empleados en futuros estudios de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia. Doy mi consentimiento para la observación de mi intervención por personal relacionado con la medicina, por razones docentes. De igual forma doy mi consentimiento para que sean tomadas fotos, cintas de vídeo, etc., del campo quirúrgico, para su utilización en actividades docentes y de investigación médica, guardando el correspondiente secreto médico sobre su procedencia. He comprendido que en algunos casos la ciruqía puede curar, poniendo fin al tratamiento. Pero en otras ocasiones no es curativa, sino que el objetivo de la intervención en esos casos es llegar al diagnóstico para completarlo con otros tratamientos. O que la intervención se hace con el fin de aliviar los síntomas o evitar la progresión de la enfermedad. Por último se le recuerda que tiene el derecho, en cualquier momento de retirar la autorización. En consecuencia, de forma expresa autorizo y doy mi consentimiento: Firma del médico Firma del paciente o representante Colegiado número:.....

En caso de no firmar el paciente, sino el representante indíquese la causa:

- Por ser menor de edad o estar incapacitado

- Por delegación voluntaria
- Porque la situación del paciente no lo permita

DENEGACION DEL CONSENTIMIENTO

D/Dña. abajo fir de			DENEGAC		CONSEN	ITIMIENTO acto						
haciéndose plenamente responsable de las consecuencias médico-legales que se deriven de ésta decisión expresada de forma libre y consciente.												
Firma de D.N.Iõ õ		o represer	ntante				Firma de Colegiad	I médico lo número):			
Enõõõ	õõõõõ	õ õ õ õ õ	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	a	le	de õ	õ					