

**1. ¿Qué es?** Es una técnica para tratar la hidrocefalia (acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo dentro del cráneo). Permite determinar la conveniencia y, en su caso, tipo de derivación de dicho líquido cefalorraquídeo a implantar. En casos donde se sospecha que la presión intracraneal (PIC) se encuentra elevada o debe controlarse por la patología del paciente (trauma craneoencefálico, lesión ocupante de espacio) permite mantener la PIC dentro de valores normales y seleccionar y ajustar el tratamiento de la misma. La PIC elevada puede ser causa de muerte, lesión grave del tronco cerebral o de secuelas neurológicas de todo tipo.

**2. ¿Cómo se realiza?** Consiste en la realización de un orificio en el cráneo, a nivel frontal, a través del que se introduce un sensor que queda alojado en el espacio epidural, intracerebral o intraventricular. El sensor se conecta a un sistema que mide de forma continua la presión intracraneal y se mantiene el tiempo necesario, según la patología.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?** esta intervención es compleja y delicada. Puede haber complicaciones postoperatorias relacionadas con la cirugía (hemorragia, infección, fístula de líquido cefalorraquídeo) o del cerebro (contusión cerebral, edema cerebral, ataques epilépticos). Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos (hemiplegia, afasia, trastornos visuales, trastorno de funciones superiores, coma). El resultado final y las complicaciones dependen del estado del paciente y de la agresividad de la cirugía realizada y sea por una causa o por otra, la mortalidad postoperatoria es posible.

*Frecuencia de las complicaciones más habituales:* 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%); Neumoencéfalo (aire en la cabeza); Sobredrenaje (cuando el sensor es por catéter ventricular) del líquido cefalorraquídeo (1-4%), provocando un hematoma subdural, epidural, intracerebral. Colapso ventricular

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** mejoría de los síntomas o del pronóstico.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, lo que incrementa su riesgo vital, hace más difícil la recuperación funcional y el control de la enfermedad.

**6. Alternativas:** mantener el tratamiento actual, ya que no hay otros medios directos para medir la PIC.

**7. Riesgos en función de su situación:**

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

|           |        |                     |  |
|-----------|--------|---------------------|--|
| APELLIDOS |        | NOMBRE              |  |
| DNI       | Nº SIP | FECHA DE NACIMIENTO |  |

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

|           |        |     |                  |               |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | DNI | FECHA NACIMIENTO | EN CALIDAD DE |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|

**DATOS PROFESIONAL**

|           |        |                       |                  |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | CATEGORÍA PROFESIONAL | NUM. COLEGIACIÓN |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|

**AUTORIZACIONES:**

**Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.**

**Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.**

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**REVOCACIONES:**

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: