

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE SOBRE EL TEST DE KATZMAN

El test de Katzman es una prueba diagnóstica que se utiliza en pacientes que padecen un trastorno cognitivo y en los que los síntomas y signos que sufre y los estudios de neuroimagen (TC cerebral y/o resonancia magnética cerebral) permiten sospechar la existencia de una hidrocefalia a presión normal (o hidrocefalia normotensiva). La importancia de esta enfermedad es que produce, entre otros síntomas, un deterioro cognitivo progresivo que es potencialmente reversible si se le coloca al paciente una válvula de derivación ventrículo-peritoneal; este es un procedimiento neuroquirúrgico con potenciales complicaciones pero que, cuando se indica y se realiza de forma adecuada, permite revertir al menos en parte las alteraciones clínicas que sufre el enfermo.

Para la realización de este test es necesaria la realización de una punción lumbar y la infusión posterior de suero salino a través de dicha aguja midiendo la presión del líquido cefalorraquídeo cada minuto durante 30 minutos. La duración total del test es de 30 minutos y durante el mismo el paciente deberá permanecer en posición de decúbito lateral, con una aguja de punción lumbar conectada a un sistema de bombeo de suero salino.

En caso de resultar negativo según los protocolos y fórmulas establecidas se considera que el paciente no sufre una hidrocefalia normotensiva y por lo tanto no podría obtener beneficio de la colocación de una válvula de derivación. Si el test resultara positivo, se le plantearía la realización de dicho procedimiento neuroquirúrgico dados los potenciales beneficios que el mismo podría reportar al paciente.

Aunque no son habituales, las complicaciones que pueden aparecer son:

- Dolor de cabeza o meningismo postpunción, que está relacionado con el volumen de líquido cefalorraquídeo extraído.
- Complicaciones locales como hematoma, infección, dolor lumbar o radiculalgia.
- Infección epidural o subdural.
- Hemorragia por punción de plexos venosos.
- Herniación transtentorial en caso de existir hipertensión intracraneal.
- La posibilidad de descompensación de la enfermedad neurológica.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Sociedade
Galega de
Neuroloxia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL TEST DE KATZMAN

NOMBRE DEL PACIENTE:

Nº Historia

DIRECCION DEL PACIENTE (o representante legal):

.....

.....

He sido informado de forma satisfactoria por el Dr/Dra.
 adscrito a la Unidad/Servicio de Neurología del procedimiento para la realización del Test de Lioresal®
 Intratecal, e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos, alguno de ellos grave que
 comporta su realización y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios
 asistenciales de este Centro. He tenido oportunidad de aclarar todas mis dudas, he podido realizar
 cuantas preguntas he estimado procedentes y he recibido respuesta a todas ellas por lo que CONSIENTO
 a los facultativos a que me practiquen el procedimiento mencionado y descrito en el anverso y las
 pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas
 imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme
 un daño.

Nombre del paciente: DNI/Pasaporte:	Nombre del testigo: DNI / Pasaporte:	Nombre del médico: DNI/Pasaporte: Num. de colegiado:
Firma paciente / representante y/o tutor Fecha:	Firma del testigo: Fecha:	Firma del médico Fecha:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D. / D ^a .: con DNI / Pasaporte nº		
D. / D ^a .: con DNI / Pasaporte nº como representante y/o Tutor del paciente		
REVOCO el consentimiento prestado en día de de 2....., y no deseo proseguir con la realización del procedimiento referido en este documento.		
Firma paciente / representante y/o tutor Fecha:	Firma del testigo: Fecha:	Firma del médico Fecha: