

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA FÍSTULA NASAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El líquido cefalorraquídeo (LCR) es un fluido que rodea el cerebro y la médula espinal, y también llena sus cavidades internas. En algunos casos, puede aparecer una comunicación anormal (llamada fístula) entre el espacio donde se encuentra este líquido y la cavidad nasal. Esto provoca que el líquido se filtre hacia la nariz. Esta situación puede deberse a golpes, cirugías o incluso ocurrir de forma espontánea.

La técnica quirúrgica se realiza por la nariz, sin necesidad de hacer cortes externos. Se utiliza un instrumento llamado endoscopio, que es un tubo con luz y cámara, para ver mejor el área afectada y reparar la fuga.

Se pretende cerrar el orificio por donde se escapa el líquido, usando distintos materiales. Para ello, se intenta respetar al máximo los tejidos internos de la nariz y los senos paranasales, que son importantes para la respiración y otras funciones.

Para tapar el orificio, se pueden usar distintos tipos de materiales, como: cartílago del tabique nasal, fascia (una capa de tejido) de los músculos, cartílago de la oreja, grasa del abdomen o materiales preparados, como fascia liofilizada. Estos materiales se fijan en su lugar con adhesivos especiales, que ayudan a que se mantengan firmes y cierren bien la fuga.

En algunos casos, hay que colocar un drenaje en la parte baja de la espalda (llamado drenaje lumbar). Este drenaje ayuda a controlar la presión del LCR y facilita que el cierre de la fístula sea más efectivo.

Antes de la cirugía, se inyecta una sustancia con color (fluoresceína sódica) en el líquido cefalorraquídeo, a través de una punción en la espalda. Esto ayuda a localizar con precisión el punto de fuga.

Después de la operación, se suele colocar un tapón en la nariz durante un tiempo para ayudar a la recuperación.

Este procedimiento se realiza bajo anestesia general.

La finalidad es detener la pérdida de líquido cefalorraquídeo y evitar complicaciones que puedan surgir si no se trata como la meningitis.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor en la nariz, así como en la cara y cabeza.

- Vómitos sanguinolentos con coágulos.
- Hematoma en la cara y/o en los párpados.
- Tinción de color amarillo intenso de la orina y de las lágrimas en los siguientes días de la intervención por la fluoresceína sódica.
- Sequedad nasal.
- Formación de costras en la nariz.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Incremento o persistencia de la pérdida de LCR.
- Reproducción de la fístula.
- Hemorragia severa.
- Infección de la cavidad operatoria, de las cavidades de la nariz.
- Meningitis, encefalitis o abscesos cerebrales.
- Presencia de aire dentro de la cavidad craneal, muy excepcional.
- Cicatrizaciones anómalas.
- Perforación del tabique nasal.
- Trastornos del olfato.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía por otra vía de abordaje.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA FÍSTULA NASAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o

psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: