

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FÍSTULA ÓTICA DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El líquido que rodea y protege el cerebro se llama líquido cefalorraquídeo. Este líquido está dentro de unas membranas llamadas meninges, que envuelven el cerebro. A veces, por diferentes razones como una fractura en la base del cráneo, una enfermedad llamada colesteatoma, una operación previa en esa zona, o incluso sin una causa clara, puede dañarse una parte de las meninges. Esto puede crear una abertura anormal, llamada fístula, que permite que el líquido cefalorraquídeo pase hacia el oído medio.

Esta situación puede causar problemas como infecciones graves del cerebro (meningitis), pérdida de audición, o que el líquido salga continuamente por el oído. Si hay una perforación en el tímpano, el líquido puede salir del oído de forma constante.

Para realizar la cirugía de la fístula se hace una incisión detrás de la oreja para llegar a la zona afectada. Luego, se limpia el oído para encontrar la abertura y se cierra o sella para que el líquido no pase más. También se reparan las partes dañadas en las meninges y en el cráneo. A veces, es necesario extraer un poco de líquido cefalorraquídeo con una punción en la espalda (punción lumbar).

Durante la operación, se usan materiales especiales como pegamento y esponjas que se disuelven para controlar el sangrado. También se colocan tubos (drenajes) para eliminar líquidos que puedan acumularse, y estos tubos se dejan unos días.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

Después de la operación, se coloca un tapón en el conducto del oído y un vendaje en la cabeza. La operación se realiza con anestesia general.

La finalidad de esta cirugía es cerrar la abertura en las meninges, evitar infecciones graves y prevenir que se pierda audición o la salida continua de líquido por el oído.

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 deseado, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. En general estos riesgos son poco frecuentes.

- Sensación de adormecimiento en la cara.
- Sangrado leve después de la intervención.
- Adormecimiento una manera transitoria o definitiva de alguna zona próxima al pabellón auricular.
- Pérdida de la audición y, de forma excepcional, de que se pierda completa e irreversiblemente.

- Infecciones, tanto en el oído como en el cerebro (como meningitis o abscesos).
- Aparición de acúfenos (ruidos en el oído), vértigos.
- Alteraciones en la sensación gustativa.
- Parálisis facial por parálisis del nervio de los músculos de la cara.
- Cicatrices antiestéticas y dolorosas en las zonas que rodean el pabellón auricular,
- Reproducción de la fístula.
- 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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA FÍSTULA ÓTICA DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO"

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./D^a. _____, 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 _____



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

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: