

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO DEL LADO...

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada CIERRE DE UNA FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El líquido cefalo-raquídeo se encuentra en el llamado espacio subdural, bañando el cerebro, en el interior de la envoltura meníngea. En el curso de una fractura de la base del cráneo –en la zona llamada peñasco-, en el curso de una enfermedad denominada colesteatoma, como consecuencia de una intervención quirúrgica realizada con anterioridad, o incluso de forma espontánea, podría producirse una lesión de la meninge y una fístula que drenara el líquido cefalo-raquídeo hacia el denominado oído medio.

La mencionada fístula podría representar una vía de acceso para los gérmenes y facilitar la parición de una meningitis. Asimismo, en el caso de que, el mencionado líquido, se acumulara en el interior del oído, podría producirse una hipoacusia –una disminución de la audición-. Por otra parte, si existiera una comunicación del oído medio con el exterior, en el caso de una perforación timpánica, se podría producir un escape permanente de líquido hacia el exterior del oído.

Por todo ello, esta situación debe de resolverse quirúrgicamente.

La intervención, se lleva a cabo bajo anestesia general.

Consiste en la realización de una incisión en la región retroauricular (detrás de la oreja), la disección de las cavidades del oído, el descubrimiento de la meninge a nivel de las fosas cerebrales posterior y media, la localización del orificio fistuloso y su obliteración.

Es posible que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol® -un pegamento biológico-, Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm® o Surgicel® -esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-.

La intervención quirúrgica puede requerir la colocación de un sistema de drenaje de las secreciones acumuladas a nivel de la meninge que se mantendrá a lo largo de unos días.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto y un vendaje en la cabeza. La incisión se cierra, mediante unos puntos de sutura, que se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas, tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, sensación de adormecimiento en la cara, por la anestesia local que se ha podido infiltrar, o una pequeña hemorragia que manche el taponamiento del conducto auditivo o el vendaje, de sangre.

El paciente permanecerá en el hospital durante un tiempo variable, dependiendo de su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del Servicio.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

El paciente continuará con el drenaje del líquido cefalo-raquídeo, la posible hipoacusia y el riesgo de infecciones meníngeas, encefalitis o absceso cerebral.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO DEL LADO...

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

BENEFICIOS ESPERABLES

Solución del orificio fistuloso a nivel de la meninge, así como la prevención de las complicaciones de origen infeccioso

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No existe un tratamiento alternativo de eficacia contrastada.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

En general, son poco frecuentes.

Si existía una perforación timpánica previa, el objetivo de la intervención no es la clausura de la misma por lo que persistirá la perforación, que podría, incluso, aumentar de tamaño.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la zona de la placa –el polo negativo- colocada en el muslo o la espalda del paciente.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Cabe, también, la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que se pierda completa e irreversiblemente.

Es posible que aparezca una infección que pueda evolucionar hacia la aparición de complicaciones graves, tales como una encefalitis o un absceso cerebral.

Pueden aparecer acúfenos -ruidos en el oído- que pueden quedar como secuela; vértigos, que tienen una duración variable; disgeusia -alteraciones en la sensación gustativa-; parálisis facial - parálisis del nervio de los músculos de la cara-; y alteraciones estéticas o dolor, a nivel del pabellón auricular.

Es posible que quede como secuela una cicatriz inestética o dolorosa.

Muchos de estos procesos tienen tendencia a la reproducción por lo que se hacen necesarios controles periódicos tras la intervención.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO DEL LADO...

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE UNA FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO DEL LADO...

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ___ de _____ de 20__

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL CIERRE DE
UNA FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALO-RAQUÍDEO DEL LADO...**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Fdo.: _____
El paciente/representante legal