

Neurocirugía

Dr. Trujillo
Dr. Montero
Dr. Franco
Dr. Barbeito
Dr. Pino
Dr. Batista

Neurología

Dr. Gata
Dr. Márquez
Dr. Lobato

Neurofisiología

Dr. Rodríguez
Dr. Moreno
Dra. Carranza

Anestesia

Dra. Gracia
Dr. Gutierrez

Unidad del Dolor

Dr. Castillo
Dr. Suarez

Neuropsicología

Dra. Prian
Dra. Nuñez

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR UNA CIRUGIA DE FISTULA DE LCR

¿Qué es una fistula de Líquido Ceforraquideo (LCR)?:

Es la salida anormal de LCR por algún orificio normal (nariz, boca, oído, etc..) o por alguna herida quirúrgica o herida traumática. La salida de LCR en si misma NO es peligrosa y la pérdida de LCR no supone un problema para la persona PERO existe un riesgo de infección de dicho LCR y paso de la infección al interior con la consiguiente infección de la herida o la aparición de una meningitis. □

¿Para que se realiza?:

La finalidad del tratamiento de una fistula de LCR es la resolución de la misma, que deje de salir dicho LCR y la cicatriz evite que lo haga en el futuro. Por desgracia en ocasiones en compleja la resolución de dicha fistula debido a que la salida de LCR ocurre por cualquier pequeño orificio. □

¿Cómo se hace?:

Las formas de resolución de la fistula son varias pero en general se basan en tres sistemas diferentes. La colocación de un drenaje externo para conseguir que la presión del LCR baje y por tanto permita la correcta cicatrización del organismo, la colocación de una válvula lumboperitoneal o ventrículo peritoneal para conseguir que la presión de LCR se mantenga de forma definitiva por debajo de lo normal, y por ultimo el cierre quirúrgico directo de la salida de LCR, bien abordando la zona de la fistula o reabriendo una herida quirúrgica o traumática. En ocasiones debemos complementar estos tratamientos y los enfermos se les realizan varias técnicas. □

¿Tiene riesgos?

Dado que son diferentes técnicas quirúrgicas cada una de ellas tendrán complicaciones diferentes. La colocación del drenaje lumbar en general tiene poco riesgos, únicamente lesión de alguna raíz en la colocación. La derivación lumboperitoneal o ventrículo peritoneal presenta algo mas de riesgo principalmente centrados en la infección del implante. Y por ultimo la reapertura de la intervención tendrá los riesgos similares a la intervención previa.

Un posible riesgo es la NO resolución de la fistula, de forma que tras la colocación de un drenaje en ocasiones se tiene que reintervenir Si por contra es una intervención nueva, craneotomía, se le entregara un consentimiento diferente. □

Debe saber que si ocurre cualquier complicación, todos los medios médicos y técnicos del hospital están preparados para intentar solucionarlas.

¿ Hay otras alternativas?

No existe alternativa posible debido a que cuando se plantea es obligatoria la resolución de la fístula. □

Manifiesto que tras la información recibida estoy conforme con la realización de dicho procedimiento. También soy consciente de que puedo rechazar/revocar la realización de la intervención y/o prueba en cualquier momento sin necesidad de justificarlo, siendo necesario únicamente comunicar a IENSA el rechazo de la intervención y/o prueba.

DNI. _____

Representan autorizado _____

DNI. _____

Dr. D. _____

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza de la intervención, de posibles alternativas a la misma, y de los riesgos que la misma conlleva.

Fecha _____

RELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO COMPLETO DE LA FISTULA DE LCR.

Las complicaciones más frecuentes o más graves se han descrito anteriormente. Sin embargo, debajo se relacionan, de forma más exhaustiva la mayoría de las complicaciones posibles, de acuerdo con las directrices de la **Sociedad Española de Neurocirugía**. No dude en preguntar al neurocirujano que le atiende.

COMPLICACIONES GENERALES.

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES:

Úlcera por stress o por medicamentos que hay que administrarle.

TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLISMO AEREO. (más frecuente en trauma espinal y tumor cerebral).

Trombosis venosa profunda, (4,3%). Tromboembolismo pulmonar, (0,5%).

FRACASO RESPIRATORIO AGUDO.

INFECCIÓN HOSPITALARIA.

NEUMONÍA, más en enfermos con bajo del nivel de conciencia y en aquellos inmunodeprimidos, (defensas bajas).

INFECCIÓN URINARIA, en enfermos sondados, inmunodeprimidos, etc...

COMPLICACIONES DE LA MONITORIZACIÓN INVASIVA: (cuando se realiza).

Catéteres arteriales: trombosis, isquemia-necrosis de las zonas trombosadas, infección.

Catéter venoso central, catéter arterio-pulmonar, cateterismo de vena subclavia o de vena yugular:

Lesión de la carótida, pleura, plexo braquial o tráquea.

Trombosis venosa, hemotórax, neumotórax, perforación arterial o de la pared ventricular, infección, sepsis...

INFECCIONES (en negrita al grupo que pertenece esta intervención):

I Cirugía sucia. (Enfermos infectados previamente. Abscesos, empiema, osteitis, infección cutánea):

Infección superficial, (3,5%).

Infección profunda, (5,6%).

II Cirugía contaminada. (Enfermos con heridas abiertas, fístulas de L.C.R., segundas intervenciones):

Infección superficial, (3,1%).

Infección profunda, (6,6%).

III Cirugía limpia contaminada. (Cirugía en contacto con senos nasales, fractura de cráneo, cirugía de duración mayor a 2 horas):

Infección superficial, (1,6%).

Infección profunda, (5,1%).

IV Cirugía limpia con cuerpo extraño. (Material de fijación vertebral, válvulas, clips, plastias durales, plastias craneales, etc...):

Infección superficial, (1,7%).

Infección profunda, (4,34%).

V Cirugía limpia:

Infección superficial, (1,9%).

Infección profunda, (0,7%).

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE LA CIRUGIA DE CIERRE DE UNA FISTULA QUIRURGICA

1. Depende de la localización de la fístula si es craneal o lumbar, así como de la técnica a realizar.
2. Si la cirugía es craneal: infección herida quirúrgica (por debajo del 1%), hematoma en cavidad quirúrgica 0,5%, anosmia hasta en un 30%, hidrocefalia 0,2%, déficit motor, sensitivo o del lenguaje (excepcional)
3. Si la cirugía es en columna: infección de la herida quirúrgica (por debajo del 1%), lesión medular o de raíces de cola de caballo (excepcional). En ocasiones hasta en un 25% de los casos NO se encuentra el punto de salida de LCR y tenemos que tapizar la duramadre con sustancias adherentes para intentar frenar la salida de LCR

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA COLOCACION DE UN DRENAJE LUMBAR.

1. Imposibilidad de colocación del drenaje por imposibilidad de realizar una punción lumbar o la introducción del catéter (menor al 0,2%).
2. Rotura del drenaje al extraerlo (menos al 0,05%)
3. Lesión de alguna raíz o de la medula por el catéter (excepcional)
4. Cefalea por hipotensión de LCR tras la retirada del drenaje, puede durar unas semanas pero luego desaparece. Es relativamente frecuente aunque como comentamos suele desaparecer de forma rápida. Algunos estudios la cifran en el 30%
5. Sangrado intradural por la colocación del drenaje