

## Documento de información y autorización para la realización de cirugía endoscópica nasosinusal para el tratamiento de una fístula nasal de líquido cefalorraquídeo

Nombre y apellidos .....

Edad ..... DNI .....

Número de historia clínica .....

Diagnóstico del proceso .....

Fecha .....

Médico informante .....

N.º de colegiado .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA NASAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

### **BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

El llamado líquido cefalorraquídeo es el líquido que rodea el cerebro y que llena sus cavidades internas. Las causas de su fistulización hacia el interior de la nariz pueden ser muy diversas: malformaciones, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, tumores, etc.

Llamamos cirugía endoscópica nasosinusal a la técnica quirúrgica endonasal que tiene como finalidad el tratamiento de diferentes procesos a nivel nasosinusal, mediante su abordaje con ayuda de endoscopios, permitiendo una mejor iluminación de las cavidades, un excelente control visual y el tratamiento de las lesiones evitando incisiones externas, puesto que se realiza a través de los orificios nasales.

En el caso concreto de la fístula de líquido cefalorraquídeo, la intervención se suele realizar bajo anestesia general.

Para una mejor localización de la fístula se inyecta, a través de una punción lumbar, una sustancia coloreada, llamada fluoresceína sódica al 5%, en el líquido cefalorraquídeo, antes de la intervención.

En el acto quirúrgico se pretende la oclusión del orificio de salida del líquido cefalorraquídeo, respetando al máximo la mucosa que tapiza las fosas nasales y los senos paranasales, e intentando conservar al máximo su funcionalidad.

Para el cierre se utilizan diversos materiales, como cartílago septal, fascia muscular, cartílago del pabellón auricular, grasa abdominal o material preparado, como fascia liofilizada.

Si se considera conveniente se colocará un drenaje lumbar durante el tiempo que se crea necesario para asegurar un buen cierre de la fístula.

Tras la intervención, se suele colocar un taponamiento nasal durante un tiempo variable. Incluso con taponamiento, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto de las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas. En raras ocasiones se puede deslizar el taponamiento hacia la parte posterior de la fosa nasal provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si es preciso.

Después de la intervención puede aparecer dolor en la fosa nasal, en la región facial y craneal. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales.

Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida y no precisan tratamiento. En ocasiones, y según criterio de su médico, esta intervención puede acompañarse de otras maniobras terapéuticas, como recomendar una posición corporal semisentada durante unos días. Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara y/o en los párpados. En caso de presentarse sangre por la nariz o por la boca transcurridos unos días, el paciente deberá acudir al hospital para una nueva valoración y tratamiento.

Cabe la posibilidad de que, incluso a pesar de que las maniobras técnicas hayan sido las apropiadas, no pueda solucionarse satisfactoriamente la fístula del líquido cefalorraquídeo o que, incluso, pueda reproducirse un tiempo después. En estos casos, debe seguir los consejos de su médico quien le aconsejará la conducta que debe seguir en cada caso concreto.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, persistirá la pérdida de líquido cefalorraquídeo a través de la fosa nasal. Ello indica la existencia de una comunicación anormal entre la fosa nasal y el interior del espacio cerebral lo que podría tener graves consecuencias, como meningitis entre otras.

**BENEFICIOS ESPERABLES:** La solución de la pérdida de líquido cefalorraquídeo y, como consecuencia, la prevención de las posibles complicaciones, como la meningitis.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:** No se conocen otros métodos de eficacia demostrada cuando el tratamiento médico y postural ya no es efectivo.

Existen, no obstante, otras vías para abordar quirúrgicamente la reparación de la fístula de líquido cefalorraquídeo e intentar solucionarla. Su médico le aconsejará lo más indicado en su caso.

**RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO:**

Como ya queda dicho, aun a pesar de que la técnica quirúrgica haya sido la correcta, puede persistir o, incluso incrementarse, la pérdida de líquido cefalorraquídeo. Ello exigiría una nueva intervención quirúrgica.

La inyección del contraste puede causar dolor de cabeza en los días sucesivos, así como la tinción de color amarillo intenso de la orina y de las lágrimas. Estos efectos desaparecerán espontáneamente. La hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, puede aparecer a pesar de éste. En este caso será necesaria la revisión quirúrgica de la cavidad operatoria para localizar y controlar la zona sangrante.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria, de las cavidades sinusales e, incluso, meningitis o abscesos cerebrales. Para evitarlos se utilizarán tratamientos antibióticos durante la intervención quirúrgica y después de ésta.

En el postoperatorio inmediato pueden aparecer cefaleas que tienden a mejorar con el paso de los días.

En la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias o cicatrizaciones anómalas de las paredes nasales, trastornos de la olfacción, sensación de sequedad y formación de costras, que precisan lavados nasales y curas tópicas.

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.

**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 convenientes 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.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO**, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del médico

**TUTOR LEGAL O FAMILIAR**

D./D.<sup>a</sup> .....

DNI ..... 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.

Firma del tutor o familiar

