

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE LA FISTULA LCR**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Fistula LCR**, es la pérdida de líquido cefalorraquídeo (**LCR**), a través de un defecto de las cubiertas naturales del Sistema Nervioso Central, esta salida se puede producir a través de la nariz, oídos o por heridas operatorias en zonas quirúrgicas donde estas son más frecuentes.

La pérdida de LCR se puede producir en forma espontánea o secundaria a algún procedimiento neuro quirúrgico. En algunos casos se produce por la presencia de hidrocefalia.

**La intervención quirúrgica** se realiza dependiendo de la zona donde se produzca la pérdida de LCR, en muchos casos antes de la cirugía se intenta el manejo conservador de la Fistula ya sea a través de la compresión de la zona operatoria o a través de la derivación de LCR, consistentes en procedimientos tales como la instalación de válvulas de derivación de LCR o la instalación de catéteres espinales para la extracción de Líquido y permitir de esta manera el cierre de la Fistula.

Cuando el manejo conservador no resulta se realiza el cierre quirúrgico de la Fistula de LCR. Esta intervención se puede realizar a través de técnicas endoscópicas en caso de fistulas espontaneas a través de la nariz o en caso de fistulas secundarias a cirugías de tumores ubicados en la silla turca.

Se pueden realizar a través de cirugía abierta en caso de cirugía espinal (tales como tumores, hernias a la columna o fijaciones) o tumores de base de cráneo. En ambos casos se realiza el cierre quirúrgico del defecto que da salida a LCR a través de diversos sellantes provenientes del mismo organismo (fascia lata) o sintéticos.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

**El objetivo de la cirugía** es evitar la salida de Líquido cefalorraquídeo en forma permanente, sin embargo, en algunos casos puede ser necesario una segunda reintervención para lograr el completo cierre. **El beneficio del procedimiento** es evitar la presencia de infecciones principalmente meningitis.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como otros específicos del procedimiento:

**Frecuentes:**

- Infección del líquido cefalorraquídeo o meningitis
- Persistencia de la fistula a pesar de la operación

**Complicaciones particulares para válvula de derivación por hidrocefalia (si es necesaria):**

1. **Complicaciones inmediatas:** hematoma intracerebral lesión vascular, perforación asa intestinal, perforación vesical. Neumoencéfalo (aire en la cavidad craneana)
2. **Complicaciones postquirúrgicas tardías:**
  - a. Sobre drenaje del líquido cefalorraquídeo:
    - a.1. Hematoma subdural, epidural, intracerebral;
    - a.2. Colapso ventricular;
    - a.3. Craneostenosis secundaria.
  - b. Mal función valvular. Obstrucción del sistema.
  - c. Desconexión catéter. Migración del catéter
  - d. Infección del sistema: ventriculitis, meningitis, absceso pared abdominal, pancreatitis.
  - e. Epilepsia.
  - f. Mortalidad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **la Cirugía de La Fistula LCR**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE LA FISTULA LCR**, por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)