

**LIKIDO ZEFALORRAKIDEOKO BEREZKO GAREZUR FISTULA BUXATZEKO BAIMEN INFORMATUA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAPONAMIENTO DE UNA FÍSTULA  
CRANEAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO ESPONTANEA****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....**B. INFORMAZIOA:**

Buxatzea da likido zefalorrakidea duramaterraren bidez (meningea) ateratzeko irteera ixtea. Indikazioa du likido zefalorrakidea ateratzen denean, eta helburua bigarren mailako infekzioak prebenitzea da. Interbentzioa zenbait modutan egin daiteke, fistularen kokapena aintzat hartuta.

Fistula sudurretik sortzen denean (hori da ohikoena), proba egin daiteke bide transesfenoidaletik (sudurretik, alegia).

Hainbat material erabil daitezke, hala gorputzekoak (esaterako, gantza edo giharra) nola material sintetikoak eta fibrinogeno sintetikoak.

Zenbaitetan, kraniotomia egin behar izaten da; hala, garuna bereizi egin behar da, likidoa sudur-hobietara pasatzeko zuloa dagoen garezur-oinarriko eremu jakinera heldu arte. Buxadura egiten da bertan, edozein tokitan alde zuzenetik erazutako giharra eta lekeda biologikoa erabiliz.

Operazio ondokoan, baliteke atsedena egin behar izatea ohean, LZRaren (likido zefalorrakidea) presioa gora ez egiteko; gainera, ezin dira egin garezurraren barneko presioa areagotu dezaketzen maniobrak edo ahaleginak (doministiku egitea, pisuak altxatzea, zintz egitea...), lehen astean.

**C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:**

Konplikazioak izan daitezke zauria zornatzea edo garunaren barruan zorne-sortak agertzea kirurgian zehar; halaber, likido zefalorrakideoko fistulak bere horretan jarraitu dezake, eta infartuak, edemak edo hematoma lesioak eragin ditzakete garunean, fistularen kokapenera iristeko behar den garun-uzkurduraren ondorioz.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergia, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

1. Medikazioa, eta sudur-hobietako germen ohikoenen aurkako tratamendua.
2. Bestelako aukerak: drainatze lunbarra egitea edo deribazio bentrrikularra jartzea; hala dagokionean, fistula konpontzeko osagarri suerta daitezke.

**A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....**B. INFORMACIÓN:**

Consiste en el cierre de la salida de líquido cefalorraquídeo a través de la duramadre (meninge). Esta indicada cuando exista salida de líquido cefalorraquídeo y el objetivo es prevenir infecciones secundarias. La intervención pueden realizarse de distintas formas según la localización de la fístula.

En los casos en que la fístula se produce a través de la nariz, la más frecuente, se puede intentar por una vía transesfenoidal (esto es a través de la nariz).

Se pueden usar distintos materiales tanto del propio cuerpo como grasa o músculo como materiales sintéticos y fibrinógenos sintéticos.

En otros casos puede ser necesaria la realización de una craneotomía separando el cerebro hasta llegar a la zona de la base del cráneo donde está el orificio por que se filtra el líquido hacia las fosas nasales. Allí se realiza un taponamiento con músculo que previamente se ha extraído de cualquier zona y pegamento biológico.

En el postoperatorio puede ser necesario el reposo en cama para evitar aumentos de presión de LCR (Líquido Céfalorraquídeo) e incluso se deben evitar en la primera semana maniobras o esfuerzos que puedan elevar la presión intracraneal (estornudar, levantar pesos, sonarse...).

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

Pueden aparecer como complicaciones infección de la herida o colecciones de pus intracraneales o a lo largo del trayecto quirúrgico, persistencia de la fístula de líquido cefalorraquídeo, y lesiones cerebrales debidas a infartos, edema o hematomas consecuencia de la retracción cerebral necesaria para acceder al lugar de la fístula.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. AVISENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E. RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F. ALTERNATIVAS:**

1. Medicación, con tratamiento contra los gérmenes más habituales de las fosas nasales.
2. Otras alternativas: Drenaje lumbar o instalación de derivación ventricular que en su caso pueden ser complementarias para solucionar la fístula.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

.....

**Sinadura eta data**

Firma y fecha