

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PETROSECTOMÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La petrosectomía es una cirugía que consiste en quitar un hueso del cráneo llamado hueso temporal, que está situado cerca del oído. Este procedimiento se hace cuando hay problemas graves, como tumores cancerosos que han crecido mucho y han llegado a la zona de la caja del tímpano y la apófisis mastoides (protuberancia ósea ubicada detrás de la oreja).

Dependiendo de la extensión del tumor, puede ser necesario quitar también otras partes cercanas, como una membrana que rodea el cerebro, una vena importante que pasa por la zona, la glándula parótida, parte del hueso de la mandíbula, el nervio facial o ganglios linfáticos del cuello. A veces, también hay que hacer una punción lumbar para sacar líquido cefalorraquídeo, que rodea el cerebro.

Para realizar esta intervención se hacen incisiones alrededor de la oreja y hacia el cuello, según las partes que se tengan que tratar. Se quita el tumor y el hueso afectado, asegurando la eliminación completa del tumor. También pueden tomar grasa del propio paciente, generalmente del abdomen, para ayudar a reparar la zona, o usar piel de otra parte del cuerpo.

Durante la cirugía, se usan diferentes materiales, como pegamento especial, esponjas que se disuelven para controlar el sangrado y grasa, y otros materiales para reconstruir y cerrar la zona tratada. La intervención se realiza con anestesia general.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

La finalidad de este procedimiento es quitar por completo el tumor maligno, evitar que cause más problemas y, en la medida de lo posible, reparar las partes que se hayan afectado.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La pérdida de audición en el oído intervenido será completa y no podrá recuperarse en el futuro.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseado, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Sangrado leve después de la intervención.
- Dolor, ruido y sensación de ocupación en el oído.
- Adormecimiento de la cara.
- Salida de líquido del cerebro por el oído, si se forma una pequeña abertura (fístula).
- Lesión de la arteria carótida, que puede provocar una parálisis de la mitad del cuerpo.
- Limitación de los movimientos para masticar, por la extirpación de una porción de la mandíbula.
- Aparición de acúfenos (ruidos en el oído), vértigos.
- Alteraciones en la sensación gustativa.
- Parálisis facial por parálisis del nervio de los músculos de la cara.

- Infecciones, tanto en el oído como en el cerebro (como meningitis o abscesos).
- Cicatrices antiestéticas y dolorosas en las zonas que rodean el pabellón auricular, en la porción lateral del cráneo, en el cuello y en la zona donde se ha tomado grasa para la reparación.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Combinación de ambos tratamientos.

AUTORIZACIÓN PARA "PETROSECTOMÍA"

Yo, D./Dª. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: