

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PETROSECTOMÍA SUBTOTAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La petrosectomía subtotal es una cirugía que consiste en la extirpación completa de todas las celdas aéreas del hueso temporal (hueso del oído medio y mastoides), tímpano y cadena de huesecillos manteniendo las estructuras vitales que alberga el hueso temporal y sellando cualquier comunicación de este hueso con el exterior, ya sea el conducto auditivo externo como la comunicación con la nariz (trompa de Eustaquio) y rellenando la cavidad que queda con grasa abdominal u otros tejidos propios del paciente o sintéticos. El conducto auditivo externo (CAE) se cierra en forma de saco ciego. La finalidad de la intervención es eliminar la patología benigna del hueso del oído pero que afecta a la calidad de vida del paciente o pudiera progresar y empeorar o para aislar el órgano del oído de posibles infecciones de microorganismos que pueden acceder desde el CAE o desde la nariz.

Para realizar esta intervención se hacen incisiones alrededor de la oreja y hacia el cuello, según las partes que se tengan que tratar. Se fresa el hueso temporal eliminando las celdas y se extraen todas las estructuras que contienen tejido epitelial (piel del conducto auditivo y tímpano). 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 la enfermedad del oído medio y aislar la cavidad de dicho oído. Los controles postoperatorios se realizarán con pruebas de imagen, tanto TAC como resonancia magnética.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La pérdida de audición en el oído intervenido, que podría ser paliada con otros dispositivos implantables si es posible.

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 hacia la cavidad del oído, si se forma una pequeña abertura (fístula).
- Lesión de la arteria carótida, que puede provocar una parálisis de la mitad del cuerpo secundaria a la lesión cerebral.

- Limitación de los movimientos para masticar.
- Aparición de acufenos (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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "PETROSECTOMÍA SUBTOTAL"

Yo, D./D^a. _____, 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./D^a. _____, 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.



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

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

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

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: