

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ABORDAJE, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PORCIONES SEGUNDA Y TERCERA DEL NERVIIO FACIAL

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, el ABORDAJE, LA VALORACIÓN Y EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PORCIONES SEGUNDA Y TERCERA DEL NERVIIO FACIAL, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El nervio facial es el encargado de proporcionar movilidad a la musculatura de la mitad correspondiente de la cara. También se encarga de otras funciones, tales como la vehiculización hasta el cerebro de la sensibilidad gustativa; la protección del oído frente a los ruidos intensos, etc. El nervio facial atraviesa el oído, envuelto en un conducto de hueso que lo protege. Hay ocasiones en las que diversas enfermedades de dicho nervio, tales como una inflamación o un traumatismo, aconsejan su abordaje quirúrgico y su tratamiento.

Así, hay casos en los que, como consecuencia de una inflamación del nervio, éste aumenta de volumen y queda aprisionado en el estuche de hueso que lo contiene. En otros casos, un traumatismo accidental o, incluso, la realización de una intervención quirúrgica, han podido lesionar el nervio y, en consecuencia, exigen su evaluación y reparación adecuada.

En el caso de que el equipo de especialistas, por estas u otras circunstancias, considere oportuno realizar un abordaje del nervio facial en su trayecto a nivel del oído, se realiza una intervención quirúrgica bajo anestesia general. Ésta se inicia mediante una incisión detrás del pabellón auricular. Después es necesario disecar el nervio de la envoltura de hueso que lo contiene para valorarlo adecuadamente y tratarlo, según los hallazgos de la intervención y el criterio del equipo quirúrgico.

Hay ocasiones en las que únicamente se requiere la liberación del nervio facial de la envoltura de hueso que lo contiene dentro del oído. En otros casos, si el equipo quirúrgico encuentra interrumpido el trayecto del nervio, puede ser necesaria la extracción de pequeñas porciones de nervios de otras zonas del organismo -como, por ejemplo, del cuello-, a fin de utilizarlos como injertos en el nervio facial dañado.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ABORDAJE, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PORCIONES SEGUNDA Y TERCERA DEL NERVIO FACIAL

Cabe la posibilidad de que el equipo asistencial tenga que utilizar materiales como Tissucol® -un pegamento biológico-, Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm® o Surgicel® -esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninge artificial, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Tras la intervención se suele dejar un vendaje, que puede mancharse de sangre en las primeras horas, por ser una zona muy vascularizada, lo que no reviste ninguna importancia. Pueden aparecer vértigos, vómitos, ruidos en el oído, sensación de taponamiento de oído, picor bajo el vendaje y molestias en la zona. Todo ello es normal y suele ceder espontáneamente, o con el tratamiento adecuado.

El conducto auditivo debe mantenerse ocluido durante unos días y los puntos de sutura se suelen retirar tras una semana, aproximadamente. La estancia en el hospital depende del tipo de molestias que aparezcan en esos primeros días de evolución.

Posteriormente, con carácter ambulatorio, se realizarán revisiones en consulta y los controles de la función de los nervios que el equipo de especialistas considere oportunos. Hay ocasiones en las que, tras la intervención quirúrgica, se requieren diversos ejercicios de rehabilitación, masajes, etc.

La motilidad del territorio inervado no se suele recuperar con carácter inmediato tras la intervención quirúrgica. Mientras no se recupere la función del nervio, en el caso de que no se pueda ocluir el párpado, es conveniente proteger el ojo afectado con una gasa, durante la noche, y procurar, a lo largo del día, que el ojo esté adecuadamente humedecido. Se pueden aplicar, con el mismo fin, colirios, pomadas, lágrimas artificiales, etc. También es frecuente que haya más lagrimeo de lo habitual

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

El/la paciente continuará con la afectación del nervio facial y, en consecuencia, con la posible limitación de movimientos de la musculatura de la cara, así como las molestias relativas a la pérdida de la función del mencionado nervio.

BENEFICIOS ESPERABLES

La valoración correcta y el tratamiento quirúrgicos apropiados del nervio facial pueden facilitar la recuperación de las funciones del nervio. No obstante, aun a pesar de que la intervención quirúrgica haya sido realizada con corrección, el nervio puede estar definitiva e irreversiblemente dañado, por lo que no se recuperaría el movimiento de los músculos de la cara, así como otras funciones del nervio facial

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ABORDAJE, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PORCIONES SEGUNDA Y TERCERA DEL NERVIIO FACIAL

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Cabe la posibilidad de que el proceso patológico del nervio facial pueda curar espontáneamente o mediante otros tratamientos, tales como el tratamiento médico o el fisioterápico. Por otra parte, hay intervenciones quirúrgicas paliativas que tienen como objetivo disminuir los efectos indeseables de la pérdida de función del nervio facial. El equipo de especialistas debe valorar cada caso y aconsejarle en relación con los datos a su alcance.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Es posible que, aun realizada la intervención quirúrgica con absoluta corrección, la función del nervio facial no se recupere total o parcialmente. Por ello, sus diversos cometidos pueden quedar temporal, parcial, momentánea o definitivamente afectados.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.

Además, las estructuras del oído, tales como el tímpano, es posible que hayan quedado dañadas, por lo que, en ese caso, existiría una pérdida de audición y, además, no podría penetrar agua en el interior del oído. Excepcionalmente, la audición podría perderse completa e irreversiblemente.

Pueden aparecer acúfenos -ruidos en el oído- que pueden quedar como secuela definitiva, vértigos de duración variable, disgeusia - es decir, alteraciones en la sensación gustativa-, infecciones tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, tales como meningitis o abscesos cerebrales, y alteraciones estéticas o dolorosas a nivel del pabellón auricular.

Cabe, excepcionalmente, la posibilidad de que el nervio facial deba ser abordado por otra vía diferente de la inicialmente proyectada, en dependencia de los hallazgos durante la intervención quirúrgica.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realizan incisiones o cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ABORDAJE, VALORACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PORCIONES SEGUNDA Y TERCERA DEL NERVIIO FACIAL

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 esta, 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 conveniente 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 para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo 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.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Nombre y apellidos:

Firma:

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ABORDAJE,
VALORACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PORCIONES SEGUNDA Y
TERCERA DEL NERVIO FACIAL**

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ABORDAJE,
VALORACIÓN Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PORCIONES SEGUNDA Y
TERCERA DEL NERVIO FACIAL**

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
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.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que
queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta
anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: