

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DEL NERVIIO FACIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS 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, la intervención quirúrgica denominada RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DEL NERVIIO FACIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La reconstrucción directa del nervio facial tiene como objetivo la unión entre los dos extremos del nervio: en este caso, sus cabos proximal y distal.

Se trata de un procedimiento que se utiliza para tratar la parálisis de los músculos de la cara, que están movidos por el nervio facial, cuando este nervio ha quedado afectado de manera irreversible. Se realiza en los casos en los que es posible unir los dos extremos del nervio, bien de forma directa o interponiendo un injerto nervioso entre ellos.

Cuando se ha producido una sección completa del nervio facial se debe realizar una reconstrucción directa, uniendo ambos cabos, siempre y cuando se realice sin tensión y en una herida limpia. En el caso de heridas infectadas o contaminadas, deberá esperarse a que el tratamiento de la infección permita la intervención quirúrgica.

Para que la reconstrucción del nervio tenga éxito debe realizarse en el transcurso del primer año después de la lesión. Pasado este tiempo, los resultados de esta técnica tienen un peor pronóstico debido a la cicatrización del nervio, y a la atrofia progresiva de los músculos de la cara.

Esta intervención quirúrgica se lleva a cabo bajo anestesia general.

La incisión se realizará en una zona variable del cuello, la cara o el oído, con la extensión suficiente como para poder acceder con facilidad a ambos cabos del nervio facial comprometido: el nervio facial discurre por el oído medio y emerge del cráneo a través del llamado orificio estilomastoideo (en la base del cráneo) y se extiende hasta los músculos de la cara que tiene que inervar, separándose, para ello, en varias ramas.

Como se ha señalado, en ocasiones, no es posible acercar lo suficiente ambos cabos del nervio, por lo que puede ser necesario utilizar un injerto nervioso que ponga en contacto ambos extremos del nervio y sirva de puente para transmitir el impulso nervioso.

Este injerto nervioso puede tener distintas procedencias, utilizando, generalmente, como zona donante, el nervio auricular mayor (que es un nervio que conforma el llamado plexo cervical, es decir los nervios del cuello) o el nervio sural (que es una rama nerviosa de la región de la pantorrilla). Así pues, en el caso de que se precise un injerto nervioso interpuesto, la incisión cervical puede tener que modificarse para facilitar el acceso al nervio auricular mayor o realizarse simultáneamente con la incisión de la pierna si se utiliza el nervio sural.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DEL NERVIIO FACIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL

Posteriormente se realiza la disección del nervio facial, en el interior del oído medio, y/o en las partes blandas, del cuello o la cara, y se exponen ambos cabos del antedicho nervio facial en una longitud tal que permitan su aproximación, sin que quede ninguna tensión entre los dos segmentos.

En cualquier caso, se unen meticulosamente ambos extremos, mediante una sutura. Ocasionalmente puede utilizarse una pequeña vena que protege la zona de la ligadura. Se utiliza, también, adhesivo de fibrina, para reforzar la sutura. Si la unión se realiza dentro del hueso temporal puede no ser necesario el uso de suturas con hilos, realizándose la unión únicamente con pegamento de fibrina.

En el caso de tener que utilizar el mencionado injerto interpuesto, este debe de ser retirado de su zona anatómica natural y debe de ser suturado, con el mismo cuidado, de tal manera que sirva de puente entre un extremo y otro del nervio facial seccionado.

Tras la operación será colocado, generalmente, un vendaje compresivo y, en algunos casos, un pequeño tubo de drenaje que le será retirado en unos días.

Unos días después de la intervención quirúrgica, se retiran los puntos de sutura de la piel. Puede aparecer un moratón, y una inflamación de la zona de detrás de la oreja, la cara y el cuello, que ceden a los pocos días.

En el caso en el que se tenga que utilizar un nervio donante ha de conocerse la morbilidad asociada al mismo. Siendo el nervio auricular mayor el elegido se produciría un déficit de sensibilidad en la zona inervada por dicho nervio, englobando el lóbulo de la oreja. En el caso de optar por el nervio sural como donante, se esperará una disminución de la sensibilidad en la pantorrilla.

Los resultados conseguidos en el movimiento de la cara tras la reparación del nervio facial no son inmediatos, sino paulatinos y suelen tardar en aparecer, habitualmente, varios meses. Cada caso es variable: su equipo especializado valorará la progresión de su situación y se la irá explicando a medida que se produzca.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Si se ha comprobado que ambos cabos del nervio facial están definitiva y totalmente separados, persistirá la parálisis de los músculos de la cara, en la mitad afectada, o en ambos lados si la parálisis facial es bilateral.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de los síntomas propios de la parálisis de los músculos faciales, en la mitad de la cara comprometida, tales como trastornos oculares, afectación de la expresión mímica, alteraciones estéticas, etc.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DEL NERVIIO FACIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Se han descrito una amplia variedad de procedimientos, quirúrgicos, para tratar la parálisis facial permanente, pudiendo elegir la técnica más adecuada dependiendo de la zona donde el nervio facial ha sido lesionado, del tipo de lesión, de su magnitud, etcétera. La situación ideal es aquella que permite una sutura directa entre ambos cabos del nervio facial. En muchas ocasiones, esta posibilidad no existe. Por ello se ha recurrido a otras técnicas, como la interposición de un injerto nervioso, citada en este documento.

Por otra parte, clásicamente se ha utilizado la conexión entre el nervio hipogloso, que actúa como donante, y el nervio facial, que actúa como receptor, con sección completa o parcial del nervio hipogloso en el caso de que el extremo proximal del nervio facial no sea accesible.

Cada técnica tiene sus indicaciones, ventajas e inconvenientes. Su equipo de especialistas le aconsejará la alternativa más adecuada para su caso.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Durante la intervención, se debe disecar el nervio facial y, ocasionalmente, el auricular mayor o el sural, y algunos de estos nervios se relacionan con numerosas estructuras vasculares (venas y arterias), cabe la posibilidad de que se produzca una hemorragia de cierta importancia. Su especialista tiene los medios para controlarla, pero, excepcionalmente, podría requerir una transfusión e, incluso, sufrir un shock por pérdida de sangre. Por los mismos motivos, podría sufrir una hemorragia en el periodo postoperatorio, que pudiera requerir una reintervención para controlarla.

Podría aparecer alguna reacción inflamatoria frente a los distintos materiales utilizados en el procedimiento quirúrgico.

A pesar de que la intervención se realiza bajo condiciones de esterilidad, puede existir el riesgo de una infección, que deberá ser tratada adecuadamente. No obstante, cabe la posibilidad de que se pueda generalizar: se llama entonces septicemia.

Puede aparecer una cicatriz inestética o dolorosa.

En el caso de que se tenga que abordar el oído medio, la zona de la intervención puede aparecer ligeramente hundida como consecuencia de la pérdida del volumen de la apófisis mastoidea rebajada, en busca del nervio facial.

La disección del nervio facial, en el interior de la mastoides, puede afectar las estructuras propias de la audición o del equilibrio, por lo que quedaría una pérdida de audición, de distinto tipo y cuantía, así como un trastorno del equilibrio que podría ser, en mayor o menor medida, permanente y quedar como secuela.

La disección del nervio facial puede exigir el sacrificio de un pequeño nervio denominado "cuerda del tímpano". Este nervio se encarga de transmitir la sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores de la mitad correspondiente de la lengua. Por ello, podría percibirse una cierta sensación de sabor metálico, que suele desaparecer a lo largo de un tiempo.

La proximidad del nervio facial a la meninge hace que pueda lesionarse la misma, de tal manera que podría producirse una hemorragia, una infección o una fuga del líquido cerebral, que se denomina céfalo-raquídeo, que debería de tratarse simultáneamente.

Los procedimientos de reconstrucción del nervio facial mejoran la simetría y la motilidad de la cara, pero en ningún caso pueden restablecer su función al cien por cien, pudiendo quedar numerosas y diversas limitaciones a este respecto, por ejemplo, limitaciones en la expresión emocional de la cara, asimetría en el rostro, limitaciones oculares, etc.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DEL NERVIIO FACIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL

Esta técnica constituye el tratamiento de elección para lesiones de ramas aisladas del facial, sin embargo, un injerto al tronco principal del facial podría producir sincinesias (los músculos de la cara pueden sufrir, movimientos involuntarios que puedan coincidir con movimientos voluntarios) Además podrían producirse movimientos faciales en masa, es decir, en todos los músculos de la cara simultáneamente.

Puede producirse una sensación de "calambre" a nivel facial.

Para minimizar todos estos efectos es imprescindible que, pasados unos meses tras la intervención, cuando se empiecen a notar los signos clínicos de recuperación en los músculos de la cara, realice una terapia de rehabilitación específica que puede durar varios meses.

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.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DEL NERVIIO FACIAL
PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL**

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.

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 INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DEL NERVIÓ FACIAL
PARA EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS 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: