

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTIRPACIÓN DE TUMORACIONES MALIGNAS A NIVEL DEL OÍDO MEDIO DEL LADO AFECTO ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **EXTIRPACIÓN DE UNA TUMORACIÓN MALIGNA A NIVEL DEL OÍDO MEDIO**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención puedan aparecer.

Anatómicamente, el oído se divide en oído externo, oído medio y oído interno. El llamado oído medio está integrado por diferentes partes: la trompa de Eustaquio, la caja del tímpano y la región mastoidea. En la caja del tímpano, se encuentra el tímpano y la cadena de huesecillos.

Las tumoraciones malignas del oído medio pueden tener una naturaleza muy variable. En la mayor parte de los casos son de tipo epitelial, es decir, que se suelen producir por un trastorno del crecimiento de las células del recubrimiento del referido oído medio. No obstante, pueden tener otro origen.

En muchas ocasiones, tardan en ser descubiertos por lo infrecuente de este tipo de lesiones, lo escondido de la zona, la existencia de pus y sangre, etc. En muchos casos, en el momento del diagnóstico, estas lesiones se pueden acompañar de ganglios en las zonas vecinas a la tumoración.

Detectada la lesión, e indicada la intervención quirúrgica por el especialista, se procede a la extirpación de la tumoración del oído medio y de las zonas próximas que el otorrinolaringólogo considere necesarias. En ese sentido, puede ser necesario extirpar todo el hueso en el que se encuentra incluido el llamado oído medio, es decir el hueso temporal, total o parcialmente. La resección total del hueso temporal, puede requerir la extirpación de parte de la llamada duramadre que es la membrana que recubre el cerebro; - el seno sigmoideo –que es una vena de grueso calibre que discurre a través de dicha zona; la glándula parótida ; la rama ascendente de la mandíbula y el nervio facial que es el que proporciona la inervación a los músculos de la cara.

Si está comprometido el oído externo, su especialista le informará más detalladamente, de los aspectos relativos al compromiso de esta zona.

En algunos casos es preciso resecar una gran zona de piel, pudiendo ser insuficiente un injerto, por lo que sería necesario un "colgajo", es decir, un fragmento de piel y músculo de una zona cercana o no. En este caso se puede requerir el trabajo conjunto con un cirujano plástico.

Dependiendo de la extensión, tamaño o infiltración del tumor puede ser preciso extirpar parte del pabellón auricular, y eventualmente si se considera que la parte restante pueda quedar con irrigación insuficiente, extirpar totalmente el pabellón auricular.

Por otra parte, puede necesitarse la extirpación de los ganglios de la región, en el cuello. Esta intervención se realiza bajo anestesia general, utilizando diversas maniobras, dependiendo de la naturaleza y extensión de las lesiones. Así, puede ser necesaria la realización de incisiones que afecten a la zona del pabellón, de la pared lateral del cráneo,

la cara, el cuello o la mandíbula.

La intervención se realiza en una zona extensa de nuestro organismo a través de la cual discurren vasos de importancia vital, tales como la carótida y la yugular, y estructuras tales como el cerebro. En relación a este órgano, puede ser necesaria la modificación de la cantidad o la presión del líquido que lo baña, que recibe el nombre de líquido cefalorraquídeo. Para ello, el cirujano puede extraer el mencionado líquido a través de una punción lumbar o utilizar una sustancia denominada manitol sódico.

Es posible que puedan ser seccionados nervios, tales como el glossofaríngeo, el neumogástrico y el espinal, responsables de la deglución, la fonación y el movimiento del hombro, respectivamente, entre otras importantes funciones.

Existe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol® -un pegamento biológico-; Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm®, Surgicel® u otras -esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-, u otros materiales sintéticos. En el caso de que se precise, el cirujano puede requerir la utilización de membranas sintéticas que sustituyan porciones más o menos importantes de la meninge que han debido de ser extirpadas.

Es posible que el cirujano se vea obligado a utilizar pequeños elementos metálicos destinados a ligar vasos del cráneo o de la cara o el cuello.

A través del oído medio, discurre el nervio facial que, como ha quedado expuesto, se encarga de inervar los músculos de la cara. Por lo general, se requiere su extirpación y, a juicio del cirujano, la realización de un injerto de otro nervio, en la zona extirpada, con el objeto de intentar recuperar total o parcialmente, la motilidad de la cara.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La curación de la enfermedad.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Pueden ser la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Tras la operación, suele requerirse un apósito que puede resultar voluminoso inicialmente. Durante los primeros días, el mencionado apósito puede mancharse de sangre. A criterio del cirujano, se pueden colocar pequeños tubos de drenaje para facilitar la salida de la sangre y la cicatrización de la herida. Estos drenajes se retiran unos días después.

2. Después de la intervención, puede permanecer ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos para su control. Posteriormente será trasladado a la planta para continuar con su recuperación.

3. La permanencia en el hospital, varía dependiendo de la evolución.

4. En algunos casos es necesario complementar el tratamiento quirúrgico con radioterapia y/o quimioterapia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no efectuarse esta intervención, la evolución del tumor, que suele ser la razón que obliga a la intervención quirúrgica, ocasionará la muerte del paciente por extensión local, regional o a distancia -lo que conocemos como metástasis-. Esta extensión puede provocar problemas para la deglución, para la emisión de la voz, e incluso para la respiración, así como infecciones, hemorragias y otros síntomas diversos.

RIESGOS FRECUENTES

1. Como consecuencia de la incisión o de la manipulación de la piel del cuero cabelludo, del pabellón, del conducto auditivo o del tímpano u otras partes del oído medio, la región de la glándula parótida o del cuello, se produzca una hemorragia. Los vasos comprometidos tienen una gran trascendencia vital, por lo que su lesión puede ser potencialmente muy peligrosa e, incluso, ser motivo de secuelas cerebrales graves o la muerte. En cualquiera de los casos, la lesión de estos vasos podría requerir una nueva intervención, una transfusión o justificar la aparición de complicaciones cardiovasculares.

2. Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmero 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 paciente.

3. Infección de la herida quirúrgica. Como quiera que dicha herida pueda interesar zonas muy diversas, la mencionada infección puede tener una trascendencia variable que será valorada y tratada de forma conveniente.

4. Secuelas estéticas, tanto a nivel del cuero cabelludo, como de las regiones laterales de la cara, el cuello y el propio conducto. Si se ha obtenido piel de las zonas convenientes, para recubrir la herida tras la intervención, podría producirse una cicatrización inestética o dolorosa de la zona.

5. Posibilidad de que el pabellón deba de ser extirpado y el conducto auditivo externo quedar anulado o convertido en un fondo de saco que no comunica con el tímpano que se ha extirpado. En el mencionado fondo de saco puedan almacenarse restos de cerumen.

6. La extirpación del oído medio producirá una sordera, con ruidos en el oído e incluso con vértigos. Estos síntomas pueden prolongarse como secuela definitiva y resultar intensos. De hecho, la audición se perderá completamente, los acúfenos -ruidos en el oído- pueden ser intensos y permanentes y los vértigos pueden quedar como secuela.

7. Posibilidad de producirse supuración de la zona a lo largo de mucho tiempo. Dicha emisión de pus puede aumentar en los catarrros y convertirse en hemorrágica.

8. Suele ser frecuente que se produzca una anestesia, es decir pérdida de sensibilidad, de la zona intervenida y de sus alrededores.

9. Pequeña alteración en el sabor de algunos alimentos que se recupera poco tiempo después.

10. En el interior del oído se encuentra el nervio facial, que es el nervio que moviliza los músculos de la cara. La extirpación de esta zona supone la aparición de una parálisis de los músculos de la mitad correspondiente de la cara y dificultades en la clausura del ojo por los párpados, la masticación, la articulación de la palabra y otras funciones propias de la boca.

11. La manipulación del cerebro a ese nivel, puede dejar secuelas graves tales como la afasia, que es la imposibilidad de expresar mediante el lenguaje el pensamiento del paciente.

12. En la intervención puede ser necesario manipular el llamado espacio subaracnoideo, es decir el espacio que contiene el líquido cefalorraquídeo, existiendo la posibilidad de que se produzcan fístulas del mencionado líquido. Estas fístulas requerirán un tratamiento específico que su especialista le detallará y que podrían implicar una nueva intervención quirúrgica.

13. Si la intervención ha requerido la sección de la rama ascendente de la mandíbula, puede requerirse un tratamiento ortodóncico posterior.

14. Pueden ser seccionados nervios, tales como el glossofaríngeo, el neumogástrico y el espinal, responsables de la deglución, la fonación y el movimiento del hombro, respectivamente entre otras importantes funciones. Por todo ello, la masticación o la deglución y la fonación pueden verse modificadas, inicialmente y pueden verse definitivamente comprometidas en alguno de sus aspectos.

15. En el cuello podría quedar como secuela una parálisis para la elevación del hombro y un descenso del mismo.

16. Es posible que aparezca, por el stress, una úlcera gastroduodenal y una depresión.

17. Posibilidad de una recidiva –reaparición- de la enfermedad, temprana o tardíamente.

18. Complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/Dª			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA

FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA