

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXÉRESIS DE PARAGANGLIOMA TIMPÁNICO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El paraganglioma timpánico es un tumor benigno que se desarrolla en el hueso temporal del cráneo, detrás del tímpano. Este tumor crece de forma progresiva y puede causar pérdida de audición, sensación de resonancia de la propia voz y ruidos en el oído.

El procedimiento consiste en la extracción del tumor. Para ello, la cirugía puede realizarse a través del conducto auditivo, ampliando el mismo o mediante una incisión detrás de la oreja.

Es posible que se tenga que emplear materiales como pegamentos biológicos, esponjas sintéticas y reabsorbibles que se usan en la coagulación y estabilización de las diferentes partes del oído. También pueden utilizarse prótesis de diversos diseños y materiales para sustituir los huesecillos del oído, así como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto auditivo que será retirado en unos días. Si el abordaje fue por detrás del pabellón, se realiza una sutura.

La anestesia utilizada en esta intervención es general.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos imprevistos.

La finalidad de esta intervención es detener la progresión de los síntomas e incluso mejorar algunos de los que ya han aparecido. La recuperación del movimiento de los músculos de la cara, en el caso de que el tumor haya lesionado al nervio facial, es posible, aunque más improbable.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

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

- Perforación del tímpano que agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, que se pierda completa e irreversiblemente.
- Acúfenos (ruidos en el oído) que pueden ser intensos.
- Vértigo de duración variable.
- Alteración del gusto.
- Parálisis del nervio facial (inmovilización de los músculos de la mitad de la cara), temporal o definitiva.
- Infección del oído.
- Infección cerebral como meningitis o abscesos.
- Lesión de la vena yugular.
- 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.

- Complicaciones de la herida quirúrgica (infección, dolor, mala cicatrización, cambios en la sensibilidad, etc.)

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 "EXÉRESIS DE PARAGANGLIOMA TIMPÁNICO"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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.

En                      , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de



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

ÁREA DE SALUD  
*Servicio de  
Otorrinolaringología*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: