

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"

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.

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



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 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: