

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DILATACIÓN DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO MEDIANTE BALÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La trompa de Eustaquio es un conducto que conecta el oído medio con la parte trasera de la nariz y la garganta. Su función es igualar la presión del oído y permitir el drenaje de líquidos. Cuando no funciona bien, puede causar molestias como sensación de oído tapado, dolor o infecciones.

Para la realización de este procedimiento se accede a la trompa de Eustaquio a través de la nariz, utilizando una técnica llamada endoscopia (que permite ver el interior sin hacer cortes externos).

Una vez localizado el orificio de entrada de la trompa, en la zona llamada rinofaringe (entre la nariz y la garganta), se introduce una sonda con un pequeño balón.

Este balón se infla a una presión de 10 bares durante 2 minutos, lo que provoca una pequeña apertura en la parte cartilaginosa de la trompa, con el objetivo de lograr una dilatación duradera.

La intervención se realiza normalmente con anestesia general.

Después de la intervención no suele ser necesario colocar un taponamiento nasal, que si se considera necesario, se dejará durante un tiempo variable.

La finalidad es mejorar la ventilación del oído medio y reducir los síntomas causados por una trompa de Eustaquio que no funciona correctamente, como la sensación de oído taponado, infecciones frecuentes o pérdida de audición leve.

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:

- Hemorragia leve a través del taponamiento nasal.
- Molestias y náuseas por deslizamiento del taponamiento hacia la parte posterior de la fosa nasal.
- Dolor en la fosa nasal, con irradiación a la región facial y craneal.
- Sensación de congestión nasal
- Rinorrea anterior y posterior.
- En algunos casos, la trompa puede quedar permanentemente abierta, lo que puede provocar molestias como sensación de escucharse la propia voz o respiración de forma exagerada o sensación de taponamiento del oído.
- Es posible que el procedimiento no logre mejorar los síntomas y que el mal funcionamiento de la trompa de Eustaquio persista.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Lesión de la arteria carótida interna: es una complicación muy rara, pero puede ocurrir

debido a la cercanía de esta arteria a la zona tratada.

- Liberación de placa de ateroma: si el paciente tiene placas en los vasos sanguíneos cercanos, podrían desprenderse y, en casos excepcionales, causar una parálisis en una mitad del cuerpo.
- Infección de las fosas nasales y de los senos paranasales.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico.
- Ventilación forzada del oído medio.
- Colocación de tubos de ventilación transtimpánicos, etc.

AUTORIZACIÓN PARA "DILATACIÓN DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO MEDIANTE BALÓN"

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.



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

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

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: