

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DE FÍSTULAS Y QUISTES PERIAURICULARES**

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

Un quiste periauricular es un pequeño bulto que aparece justo delante de la oreja. Es una bolsita de tejido que normalmente está desde que uno nace. A veces puede inflamarse o infectarse, causando molestias.

Una fístula periauricular es una pequeña comunicación anormal cerca de la oreja que se abre en la piel y que, cuando se infecta, puede gotear (drenar) líquido o pus hacia el exterior.

El tratamiento para ambos es extirpar el quiste o la fístula para que no vuelvan a aparecer. La operación consiste en hacer un corte delante del cartílago de la oreja, siguiendo el contorno de la parte inferior y trasera de la oreja. Luego, se elimina todo el tejido afectado.

En algunos casos, durante la cirugía, se usa un colorante especial para localizar mejor la lesión. Después, se reconstruye la zona y se cierra con puntos de sutura.

El objetivo de esta cirugía es eliminar la lesión por completo, evitar infecciones, mejorar la estética de la zona, reducir complicaciones y que la persona tenga una mejor calidad de vida.

### **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:

- Sangrado leve.
- Estrechez del conducto del oído, que puede quedar como secuela.
- Adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.
- Pequeño tatuaje de la zona operada, por el colorante utilizado en la localización del trayecto fistuloso.
- Dolor neurálgico.
- Infección del oído.
- Lesión del nervio facial. Su sección accidental afectaría a la motilidad de la cara produciendo una parálisis facial, aunque es extremadamente poco frecuente.
- Lesión de la glándula parótida, que puede dar lugar a una fístula salival.
- Reproducción de la fístula.
- 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**

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

**AUTORIZACIÓN PARA “EXTIRPACIÓN DE FÍSTULAS y QUISTES PERIAURICULARES”**

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./Dª. ...., 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:    DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.    Col. Nº: Servicio de
--	---

**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: