

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DE TUMORES BENIGNOS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las tumoraciones benignas del conducto auditivo externo son pequeños bultos no cancerosos que crecen en las paredes del canal del oído. Pueden estar formados por distintos tipos de tejido, como hueso o fibras.

En la mayoría de los casos no causan molestias. Sin embargo, cuando crecen demasiado o aparecen varios, pueden obstruir el conducto auditivo, dificultar la salida de la cera, provocar tapones de cera y favorecer la formación de tapones e infecciones. También pueden afectar el movimiento del tímpano, lo que puede causar pérdida de audición, zumbidos o la sensación de oír la propia voz con eco.

El procedimiento consiste en eliminar estas lesiones con técnicas como el láser, el limado o fresado, según el tipo de tumoración. Posteriormente se reconstruye el canal auditivo para devolverle su forma normal.

Durante la intervención pueden emplearse materiales especiales, como pegamento biológico para cerrar los tejidos o esponjas reabsorbibles que ayudan a controlar el sangrado y mantener la zona estable.

Si la piel del conducto está muy dañada, puede ser necesario colocar un injerto de piel obtenido de otra parte del cuerpo.

La intervención puede realizarse con anestesia local con sedación o anestesia general, según el caso.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

La finalidad del procedimiento es eliminar la piel enferma del conducto auditivo, recuperar la forma y dimensiones normales (que son los que causan los síntomas mencionados), prevenir nuevas infecciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

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 después de la operación.
- Alteración temporal del sabor de algunos alimentos.
- Molestias al masticar.
- Mareos que pueden prolongarse durante un tiempo.
- Perforación del tímpano o infección del oído.
- Cicatrices en la zona donde se haya tomado el injerto, si lo hubiera.

- No recuperación de la audición, en caso de que estuviera disminuida antes de la intervención.
- Acúfenos (ruidos en el oído), que pueden ser intensos y persistentes en algunos casos.
- Lesión accidental del nervio facial, que podría afectar la movilidad de la cara y causar parálisis facial. Esta complicación es extremadamente rara.
- 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 TUMORES BENIGNOS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO"

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 _____



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

ÁREA DE SALUD
Servicio de
Otorrinolaringología

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: