

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DE TUMORES MALIGNOS DEL OÍDO EXTERNO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Los tumores malignos del pabellón auricular suelen aparecer en las zonas más expuestas al sol, por lo que con frecuencia se localizan en el borde de la oreja. Sin embargo, en algunos casos pueden surgir en otras áreas del pabellón auricular o incluso afectar a toda la oreja. En los casos más graves, puede ser necesario retirar la oreja por completo y reconstruirla posteriormente

Las técnicas quirúrgicas que pueden emplearse son muy variadas:

- Resección simple: consiste únicamente en la resección del tumor, lo que puede provocar un cambio mayor o menor en la forma, el tamaño o la orientación de la oreja.
- Resección y Reconstrucción compleja: a veces, la extirpación del tumor o de la oreja al completo, y la reconstrucción del pabellón auricular, deben realizarse en varias intervenciones y pueden requerir el uso de tejidos del propio paciente, como cartílago de las costillas o de la oreja del lado contrario. Para obtener estos materiales es necesario realizar diferentes incisiones.

Durante un periodo de tiempo, puede ser necesario utilizar un vendaje elástico para favorecer la correcta consolidación.

Si existieran ganglios afectados, podría ser necesaria su extirpación. En ese caso, su cirujano le ofrecerá información adicional específica.

La finalidad de esta intervención es quitar completamente el tumor y, al mismo tiempo, mantener o reconstruir la forma y función de la oreja, en la medida de lo posible.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

En los casos en que ha sido necesario extirpar total o parcialmente el pabellón auricular, pueden producirse cambios visibles en su forma, tamaño u orientación.

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:

En las resecciones simples:

- Molestias y sangrado leve después de la operación.
- Pequeñas alteraciones de la forma, tamaño u orientación del pabellón auricular o asimetrías en la posición del pabellón.
- La corrección puede que no alcance las expectativas estéticas del paciente.
- Infección del cartílago que, si bien es excepcional, podría dar lugar a una deformación muy marcada de la oreja.

Reconstrucción compleja:

- Estrechez del conducto del oído.
- Cicatriz antiestética o dolorosa.
- Adormecimiento de una manera transitoria o definitiva de alguna zona próxima al pabellón

auricular.

- Dolor neurálgico agudo por irritación del nervio.
- Infección del oído.
- Reproducción del tumor.
- Lesión accidental del nervio facial, que podría afectar la movilidad de la cara y causar parálisis facial. Esta complicación es extremadamente rara.
- Cicatrices no estéticas en las zonas de las que se ha tomado el material necesario para la reconstrucción.
- 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:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Combinación de los tres tratamientos.

AUTORIZACIÓN PARA "EXTIRPACIÓN DE TUMORES MALIGNOS DEL OÍDO 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



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

ÁREA DE SALUD
 Servicio de
 Otorrinolaringología

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: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. 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: