

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE FÍSTULAS PERIAURICULARES DEL LADO...

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada EXTIRPACIÓN DE FÍSTULAS PERIAURICULARES, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Las fístulas periauriculares son trayectos huecos que, desde la piel, profundizan hacia el interior del cráneo o de la cara del paciente. Tienen un origen congénito y sus manifestaciones clínicas y su situación son muy variables por lo que sólo en determinados casos, el especialista aconseja su extirpación.

La intervención quirúrgica se realiza, generalmente, bajo anestesia general. Suele requerir, para la mejor extirpación del trayecto fistuloso, la inyección de un colorante -como el azul de metileno- que tiña el trayecto fistuloso y permita su mejor localización durante la intervención quirúrgica. La extirpación de la fístula se realiza a la demanda de la misma y es variable en dependencia de su longitud, dirección, etc.

Tras la extirpación se realiza una reconstrucción de la zona y una cuidadosa sutura.

La permanencia en el hospital, después de la operación, varía generalmente entre unas horas y varios días, en dependencia de la evolución de cada caso.

Tras la operación, podría ser normal que se notara una pequeña hemorragia que manchara el vendaje.

## En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Continuarán los síntomas relativos a la fístula congénita: la secreción de una sustancia purulenta, la formación de infecciones en la proximidad del pabellón auricular, etc.

## BENEFICIOS ESPERABLES

La extirpación de las fístulas periauriculares, además de tratar la existencia del orificio fistuloso y los posibles trastornos estéticos que, éste pueda producir, previene la aparición de sus manifestaciones clínicas, tales como la secreción intermitente o constante, y la formación de infecciones que, en ocasiones, pueden ser graves.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No existe un procedimiento alternativo de eficacia contrastada.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE FÍSTULAS PERIAURICULARES DEL LADO...

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La extirpación de las fístulas periauriculares suele ser un procedimiento sencillo y carente de complicaciones. No obstante, en algunos casos, el trayecto fistuloso puede alcanzar niveles muy profundos en el cráneo o la cara y aproximarse a órganos muy importantes, por lo que, en el intento de su extirpación, puedan producirse diversas lesiones.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la zona de la placa –el polo negativo- colocada en el muslo o la espalda del paciente.

Cabe la posibilidad de que quede, como secuela, una estrechez del conducto del oído.

Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular o, por el contrario, un dolor neurálgico.

Cabe la posibilidad de que, como consecuencia de la incisión o de la manipulación de la piel del conducto, se produzca una infección del oído, que requeriría tratamiento.

En el interior del oído se encuentra el nervio facial, que es el nervio que moviliza los músculos de la cara. Desde allí, alcanza los músculos a los que inerva a través de la región inferior del oído, por lo que, cabe la posibilidad de que pueda ser alcanzado por las maniobras de extirpación y lesionado en diferente grado. Su sección accidental afectaría a la motilidad de la cara produciendo una parálisis facial, aunque es extremadamente rara.

Podría aparecer, también, una pequeña hemorragia o una equimosis en la región de la intervención quirúrgica.

Puede quedar un pequeño tatuaje de la zona por el colorante utilizado en la localización del trayecto fistuloso.

En la porción anterior del oído se encuentra la glándula parótida, que podría ser alcanzada durante el procedimiento de extirpación. Por ello, puede quedar como secuela una fístula salival, que drenaría en la zona fistulosa.

Por último, las fístulas suelen ser de trazado complejo por lo que puede quedar algún pequeño resto de las mismas. Si así fuera, se reproduciría la fístula, lo que requeriría un nuevo tratamiento quirúrgico.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE FÍSTULAS PERIAURICULARES DEL LADO...

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

## RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

---

## OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

---

## DECLARACIONES Y FIRMAS

---

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN  
DE FÍSTULAS PERIAURICULARES DEL LADO...

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup>....., con D.N.I. ....  
y en calidad de ....., es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN  
DE FÍSTULAS PERIAURICULARES DEL LADO...

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente/representante legal