

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIRINGOPLASTIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La miringoplastia es una operación que se realiza para reparar una perforación en la membrana timpánica. Para ello, se coloca un pequeño injerto (un fragmento de tejido) que ayuda a reparar la zona dañada.

Esta cirugía se hace con la ayuda de un microscopio o de un endoscopio. El cirujano puede acceder al tímpano a través del canal del oído, ampliándolo si es necesario mediante una incisión en el pabellón, o haciendo un corte detrás de la oreja.

El tejido que se usa para reparar la perforación se toma del propio paciente procedente del músculo temporal (cabeza) o del cartílago del pabellón auricular o del trago.

Durante la cirugía, se pueden usar materiales especiales como pegamentos biológicos o esponjas sintéticas y reabsorbibles.

La operación puede hacerse con anestesia local con sedación, o con 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.

Tras la intervención puede ser necesario colocar un taponamiento en el conducto auditivo que se retirará tras unos días. En caso de realizar incisión en el pabellón auricular o retroauricular se realizará una sutura que se retirará en torno a los 10 días después de la intervención.

La finalidad del procedimiento es cerrar la perforación de la membrana timpánica. En algunos casos también ayuda a mejorar la audición, la sensación de resonancia y los ruidos. Aunque el objetivo principal es evitar que entre agua en el oído y reducir o detener las secreciones que puedan salir de él.

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:

Riesgos frecuentes:

- Molestias en el oído, ruido o mareos después de la operación.
- Pequeño sangrado durante o después de la cirugía.
- Persistencia de secreciones de forma transitoria como parte de la evolución.
- Sabor metálico de semanas a meses.
- Adormecimiento en la zona cercana a la oreja en el caso de realizar incisiones, que puede durar de semanas a meses.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Que persista la perforación, que podría, incluso, aumentar de tamaño.
- Que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que ésta se pierda completa e irreversiblemente.
- Ruidos en el oído (acúfenos) que podrían quedarse como secuela.
- Vértigo (muy poco frecuente y transitorio en la mayoría de casos).
- Parálisis facial, si se daña el nervio que mueve los músculos de la cara (muy poco frecuente), que puede ser transitoria o permanente.
- Infecciones, tanto en el oído como en el cerebro (como meningitis o abscesos) es muy poco frecuente.
- 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 "MIRINGOPLASTIA"

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: 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: