

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIRINGOTOMÍA CON O SIN COLOCACIÓN DE DRENAJE TRANSTIMPÁNICO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La miringotomía es un procedimiento que consiste en ventilar (permitir que el aire circule libremente) el oído medio y, en algunos casos, quitar la secreción o pus que pueda haber allí. Para ello se realiza una pequeña apertura en el tímpano (la membrana del oído) usando un miringotomo (bisturí para el tímpano). A través de esa apertura, se puede aspirar cualquier líquido o secreción que esté en el oído medio.

A veces, después de hacer la apertura, se coloca un pequeño tubo de drenaje en el tímpano para que la herida no se cierre demasiado rápido. Este tubo puede quedar en el oído de seis meses a un año, dependiendo del caso.

La operación puede hacerse con anestesia general o con anestesia local, dependiendo de la colaboración del paciente.

Mientras lleve colocado el tubo de drenaje, deberá evitar que penetre agua en el oído, para evitar la aparición de infecciones.

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 es mejorar la audición y evitar otro tipo de procesos inflamatorios del oído.

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 y leves:

- Molestias en el oído.
- Secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Hemorragia del oído intervenido.
- Infección con dolor y supuración.
- Rechazo y expulsión del drenaje.
- Aparición de una perforación residual con agravación de la hipoacusia.
- Ruidos en el oído (acúfenos).
- Vértigos.
- Alteraciones de la sensación gustativa.
- Parálisis facial, es decir, de los músculos que mueven la cara que suele ser transitoria.

- 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:

- Tratamiento con fármacos.
- Adenoidectomía.
- Amigdalectomía.

AUTORIZACIÓN PARA "MIRINGOTOMÍA CON O SIN COLOCACIÓN DE DRENAJE TRANSTIMPÁNICO"

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: