

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASTOIDECTOMÍA SIMPLE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La mastoides es una parte del hueso temporal ubicada detrás del oído, que contiene celdillas aéreas conectadas al oído medio. La mastoiditis es una infección de estas celdillas, que puede ser causada por una otitis media no tratada o tratada de forma insuficiente.

La mastoidectomía simple es una operación que a veces se hace para quitar el pus o líquido que se acumula en una parte del oído llamada mastoides, que puede suceder por una infección.

La cirugía consiste en hacer un corte detrás de la oreja. Luego, se limpia la zona del oído donde se han acumulado las secreciones.

En algunos casos, también se pone un pequeño tubo en el tímpano para ayudar a que el oído medio ventile mejor.

A veces, se coloca un pequeño tubo o drenaje para sacar las secreciones que todavía puedan quedar. Este tubo se mantiene unos días. Después, se cierra la herida con puntos de sutura y un vendaje en la cabeza

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

Durante la operación, se pueden usar materiales como pegamento especial, esponjas sintéticas y otros productos que ayudan a detener el sangrado y a mantener las estructuras del oído en su lugar.

La operación se realiza con anestesia general.

La finalidad de esta operación es quitar las secreciones que hay en el oído y en la zona del mastoides, y así evitar que se produzcan más infecciones o complicaciones.

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 deseado, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Molestias en el oído.
- Sensación de adormecimiento en la cara.
- Sangrado leve.
- Agravación de la pérdida de la audición y, muy excepcional, de que se pierda completa y definitivamente.
- Reparación de las infecciones.
- Aparición de acúfenos (ruidos en el oído) y vértigos.
- Alteraciones en la sensación gustativa.
- Parálisis del nervio de los músculos de la cara.

- Infecciones, tanto a nivel del oído, como a nivel cerebral, como meningitis o abscesos
- Alteraciones estéticas o dolor, a nivel del pabellón auricular.
- Cicatriz inestética o dolorosa.
- 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 "MASTOIDECTOMÍA SIMPLE"

Yo, D./Dª. _____, 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./Dª. _____, 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 _____

Firma del representante legal: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de
--	---



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

ÁREA DE SALUD
*Servicio de
Otorrinolaringología*

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: