

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIRINGOPLASTÍA

NOMBRE:
EDAD:
RUT:
Nº FICHA:
MEDICO TRATANTE:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **MIRINGOPLASTÍA**, 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:

La miringoplastia se realiza para tratar una enfermedad llamada otitis media crónica que consiste en una perforación de la membrana timpánica e infecciones recurrentes del oído medio con la entrada de agua, que pueden llevar a variadas complicaciones como infecciones al oído interno, infecciones endocraneanas y mayor pérdida de audición, entre otras. Consiste la reparación de la membrana timpánica.

La intervención, se realiza preferentemente bajo anestesia general y se puede realizar a través del conducto auditivo externo (vía endoaural), o por detrás de la oreja (vía retroauricular).

Como materiales de reparación del tímpano se utilizan tejidos del propio paciente -pericondrio, fascia temporal, cartílago o periosteo-.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto y un vendaje en la cabeza. La incisión se cierra, mediante unos puntos de sutura, que se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas, tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, mareo, náuseas, vómitos, sensación de adormecimiento en la cara, por la anestesia local que se ha colocado, o una pequeña hemorragia que manche el taponamiento del conducto auditivo o el vendaje, de sangre.

El paciente permanecerá hospitalizado desde unas horas hasta uno ó dos días, si es que no hay complicaciones. Posteriormente será controlado en forma ambulatoria.

BENEFICIOS ESPERABLES:

El principal objetivo de la cirugía es evitar las complicaciones infecciosas endocraneanas y del oído interno. También se espera evitar las infecciones recurrentes del oído por la entrada de agua y por lo tanto también se espera mejoría de la calidad de vida, permitiendo realizar en el futuro vida normal en cuanto al agua y estabilización y/o mejoría de la audición.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO:

En general, son poco frecuentes, pero los más probables son: infección local postoperatoria, fracaso de la cirugía con pérdida del injerto y no mejoría auditiva con incluso aumento de la pérdida de audición. Es posible que reaparezcan las infecciones, aun a pesar de que la perforación timpánica se haya cerrado completamente.

Otras complicaciones menos frecuentes son: la aparición de acúfenos -ruidos en el oído- que pueden quedar como secuela; vértigos -que tienen una duración variable-; disgeusia -alteraciones en la sensación gustativa-; parálisis facial-parálisis del nervio de los músculos de la cara-; y alteraciones estéticas o dolor a nivel del pabellón auricular.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:

Revisiones periódicas por el especialista para el control de las infecciones y prevenir la entrada de agua en el oído.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** , y de no cuidado de la entrada de agua, el paciente continuará con supuraciones de oído de forma intermitente y con riesgo de complicaciones endocraneanas como meningitis o abscesos cerebrales y con posibilidad de pérdida de la audición.

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.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO** , así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras de tejido y/o cultivos que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del médico

CI N°..... **CI N°**

Así informado de mi situación y libremente ; **NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO/A** y asumo las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente _____

Firma del médico_____

CI N°: _____

CI N°: _____

REPRESENTANTE O FAMILIAR

D./D.ª **RUN**.....

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.

Firma del representante o familiar

Por la presente, **REVOCO** cualquier autorización otorgada en el presente documento, que queda sin efecto, a partir de la fecha del presente documento que suscribo .

Me han sido explicadas las repercusiones **O CONSECUENCIAS** que, so bre la evolución de mi proceso, esta **revocación** pudiera derivar y, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha:

IMPRIMIR