

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUNCIÓN ASPIRATIVA TRANSTIMPÁNICA/TUBOS DE VENTILACIÓN

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

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **PUNCIÓN ASPIRATIVA TÍMPÁNICA (PAT) Y COLOCACIÓN DE TUBOS DE VENTILACIÓN** 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 **PUNCIÓN ASPIRATIVA TÍMPÁNICA o PAT**, con o sin colocación de tubos de ventilación, es una cirugía que se realiza para tratar una enfermedad llamada **OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN** que consiste en la persistencia de líquido en el oído medio, con episodios de otitis media aguda recurrentes o una **OTOPATÍA ADHESIVA**, es decir una alteración de la membrana timpánica, en la que el tímpano se ha retraído con riesgo de generar un daño irreversible en la membrana y/o en la cadena de huesecillos. Para ello se realiza bajo visión microscópica una pequeña incisión en el tímpano, a través de la cual se aspira el contenido del oído medio y se coloca un pequeño tubo de drenaje, para evitar que éste se cierre, permaneciendo en ese lugar un tiempo variable, que suele oscilar entre seis meses y un año.

La intervención puede realizarse bajo anestesia general o local, dependiendo de la colaboración del paciente.

Tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, así como el salida de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento.

El paciente permanecerá unas horas hospitalizado y los controles se realizarán de forma ambulatoria en las consultas externas o policlínico.

Como norma general, mientras lleve colocado el tubo de ventilación deberá evitar que penetre agua en el oído, para evitar la aparición de infecciones.

BENEFICIOS ESPERABLES:

Mejoría de la audición, disminución de los riesgos de retracción de la membrana timpánica y disminución de los episodios de otitis media aguda.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO :

En general son poco frecuentes, pero se debe mencionar: pequeña hemorragia, infección del oído con dolor y supuración, rechazo y expulsión del tubo de drenaje, introducción del tubo en el oído medio, formación de colesteatoma tardío (introducción de piel al interior del oído medio) y la aparición de una perforación residual.

Más raro aún, pérdida absoluta de la audición o cofosis, acúfenos-ruidos en el oído-, vértigos, la llamada disgeusia -alteraciones de la sensación gustativa- y una parálisis facial -es decir, de los músculos que mueven la cara-.

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 general y 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:

En caso de persistir esta condición por mas de seis semanas no se ha descrito un tratamiento alternativo efectivo.

Para la otopatía adhesiva no existe otra alternativa terapéutica y se debe realizar una evaluación periódica del oído para advertir la presencia de un colesteatoma.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** , el paciente continuará con su pérdida de audición pudiendo, además, sufrir episodios inflamatorios agudos o, incluso, la evolución de su otitis hacia otras formas de enfermedad del oído medio.

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, sobre la evolución de mi proceso, esta **revocación** pudiera derivar y, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha:

IMPRIMIR