

En cumplimiento de la Ley General de Sanidad del 29-4-1986, aptdo. 6 del artículo 1º que dice textualmente “.....siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.....” Se presenta este documento informativo para pretender explicarle de forma sencilla la intervención quirúrgica llamada **MIRINGOTOMIA Y DRENAJE TRANSTIMPANICO**

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIRINGOTOMÍA/DRENAJE TRANSTIMPÁNICO.

Nombre y Apellidos:.....Fecha.....

Edad:.....D.N.I. :.....Número de Historia clínica.....

Médico informante. **DR. JAIME CARBONELL CASASUS** N° de Colegiado 4313

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

La miringotomía, con o sin colocación de drenajes transtimpánicos, tiene por objeto airear el oído medio y extraer la secreción que pueda existir en él. Para ello se realiza, bajo visión microscópica, una pequeña incisión en el tímpano a través de la cual se aspirará el contenido del oído medio. En ocasiones se coloca un pequeño tubo de drenaje en la incisión timpánica, para evitar que 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 edad y colaboración del paciente.

Tras la intervención pueden aparecer ligeras molestias en el oído, así como el drenaje de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento. El paciente permanece de minutos a horas en el hospital y los controles se realizan de forma ambulatoria, en la consulta. Mientras lleve colocado el tubo de drenaje es conveniente evitar que entre agua en el oído, como método para evitar las infecciones. La entrada de agua no siempre da problemas, siendo el agua del mar menos perjudicial

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 de mayor importancia.

BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la audición y evitación de otro tipo de procesos inflamatorios del oído.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Si bien la llamada otitis serosa tiene un tratamiento médico, ante el fracaso del mismo, no se conocen procedimientos de contrastada eficacia.

RIESGOS ESPECÍFICOS MAS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general son poco frecuentes y entre ellos figura una pequeña hemorragia, la infección del oído, con dolor y supuración, el rechazo y expulsión del drenaje precozmente, y la aparición de una perforación residual. Excepcionalmente, está descrita en la literatura médica que el paciente pueda sufrir la pérdida de la audición, acúfenos –ruidos en el oído- vértigos, la llamada disgeusia -alteraciones de la sensación gustativa Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es extraordinariamente raro, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: En general el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad y la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

Declaro que he sido informado por el cirujano de los riesgos de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, así como de las consecuencias que se derivarían de la no realización de la misma.

Así mismo, he sido informado de las complicaciones relacionadas con la intervención y conozco mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO.

Firma del paciente.

Firma del médico.

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D/D^a.....

D.N.I..... 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. He sido suficientemente informado de la intervención que se le va a realizar y otorgo expresamente mi consentimiento, que podré retirar en el momento que lo desee.

Firma del tutor o familiar.

Por la presente **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar, y por consecuencia las entiendo y asumo

Firma del paciente o representante legal

Fecha