

En cumplimiento de la Ley General de Sanidad del 29-4-1986, aptdo. 6 del artículo 10 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 **TIMPANOPLASTIA**

DOCUMENTO DE INFORMACION Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TIMPANOPLASTIA.

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

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

Médico informante: **Dr JAIME CARBONEL CASASUS**

Nº de Colegiado 4313

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

La timpanoplastia se realiza para tratar el origen y/o las secuelas de las infecciones del oído medio. Consiste en la limpieza de las cavidades del oído y la reconstrucción, si es posible, de la cadena de huesecillos y de la membrana timpánica.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se puede realizar a través de diferentes incisiones:, a través del conducto auditivo, o por detrás de la oreja. Como materiales de reconstrucción se utilizan prótesis compatibles con el organismo o bien tejidos del propio paciente. 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, sensación de adormecimiento en la cara por la anestesia local que se ha podido infiltrar, o una pequeña hemorragia que manche el taponamiento del conducto auditivo o el vendaje, de sangre. El paciente permanecerá en el hospital desde unas horas hasta 5 ó 6 días, en dependencia de su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en la consulta .

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con supuraciones de oído de forma intermitente y con posibilidad de pérdida de la audición.

BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría de la audición, posibilidad de penetración de agua en el oído y control de las complicaciones de origen infeccioso.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Revisiones periódicas por el especialista para el control de las infecciones. Prevenir la entrada de agua en el oído y tratar de forma precoz los cuadros catarrales. En ausencia de infección, colocación de prótesis auditivas para mejorar la audición.

RIESGOS ESPECÍFICOS MAS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: En general son poco frecuentes. Cabe la posibilidad de que persista la perforación, que podría incluso aumentar de tamaño. Cabe, también, la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y excepcionalmente de que se pierda completa e irreversiblemente. Es posible que reaparezcan las infecciones aún a pesar de que la perforación timpánica se haya cerrado completamente. Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído- que puedan 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-, infecciones tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, tales como meningitis o abscesos, 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 muy poco frecuente, 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/Dª 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 en consecuencia las entiendo y asumo

Firma del paciente o tutor legal

Fecha