



Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Médico informante: **Jose Zubicaray Ugarteche**..... N° Colegiado: ..**3105319**

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada MIRINGOTOMÍA/COLOCACIÓN DE DRENAJE TRANSTIMPÁNICO, 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 miringotomía, con o sin colocación de drenajes transtimpánicos, tiene por objeto airear el oído medio y, en ocasiones, 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 posible contenido del oído medio. En ocasiones, se coloca un pequeño tubo de drenaje en la incisión timpánica, para evitar que éste se cierre, permaneciendo, en ese lugar, un tiempo variable que suele oscilar entre seis meses y un año. En caso de Colocar drenajes de larga duración pueden estar insertados mucho mas tiempo

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 drenaje de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento.

El paciente permanece unas horas en el hospital y los controles se realizan de forma ambulatoria en las consultas externas.

Aún cuando existan otras opiniones, como norma general, mientras lleve colocado el tubo de drenaje deberá evitar que penetre agua en el oído, para evitar la aparición de infecciones.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

El paciente continuará con los síntomas dependientes de la falta de aireación del oído medio, tales como la pérdida de audición, los ruidos del oído, etc. Además, el paciente puede sufrir episodios inflamatorios agudos de repetición o, incluso, la evolución de su otitis hacia otras formas de enfermedad del oído medio.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de la audición y evitación de otro tipo de procesos inflamatorios del oído. Control de sacos de retracción y disminuir el riesgo de lesiones de cadena osicular.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento medico de la Otitis Serosa cronica no es efectivo , y no se conocen procedimientos de contrastada evidencia científica que sean eficaces. No obstante, otro tipo de intervenciones quirúrgicas, tales como la adenoidectomía pueden estar indicadas de forma complementaria.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS 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 y la aparición de una perforación residual con agravación de la hipoacusia.

Excepcionalmente, el paciente puede sufrir la 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- que suele ser debida a la anestesia local, por lo que suele ser transitoria.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

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.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Por tanto: **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone ,al equipo de la Clínica San Miguel para su realización. Soy conocedor de que en caso de urgencia o por causas imprevistas autorizo a que se realicen todas las actuaciones necesarias para solucionar el problema..

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

Firma del médico informante	Firma del paciente informado	Firma del representante legal del paciente
Dr/a.....	D./ña.....	A causa de
Colegiado nº.....	D./ña.....
		D.N.I.....
En Pamplona a día.....	de.....	e.....

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

Firma del médico informante	Paciente y Testigo de la información recibida no consentida	
Dr/a.....	Firma del paciente o representante legal por	Firma del testigo
Colegiado nº.....	D./ña.....	D./ña
	D.N.I.	D.N.I.....
En Pamplona a día	de.....	de.....

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

Firma del paciente.....	Firma del representante legal del paciente	Firma del testigo
D./ña.....	D./ña	/ña.....
	D.N.I.....	D.N.I.....
En Pamplona a día.....	de.....	de.....