

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIRINGOPLASTIA

Nombre y Apellidos
Edad	D.N.I..... Número de Historia clínica.....
Diagnóstico del proceso	Fecha
Médico informante	Nº de Colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada MIRINGOPLASTIA, 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 es una técnica quirúrgica destinada al cierre de una perforación timpánica mediante la colocación de un injerto.

Se realiza bajo visión microscópica, bien a través del propio conducto auditivo, bien a través de una incisión realizada detrás del pabellón auricular.

Este tipo de cirugía se indica en el tratamiento de perforaciones timpánicas, sin supuración actual ni en los últimos meses.

El material utilizado para cerrar la perforación del tímpano puede ser fascia temporal –el recubrimiento externo del llamado músculo temporal– o bien pericondrio –tejido que recubre el cartílago de la oreja–, tomados siempre del propio paciente.

La intervención puede realizarse bajo anestesia local o general, dependiendo de diferentes circunstancias, tales como la vía de acceso, la edad y personalidad del paciente, etc.

Tras la intervención se coloca un taponamiento en el conducto auditivo que se retirará tras unos días y, en el caso de abordaje por detrás del pabellón, se realiza una sutura, cuyos puntos se retirarán en torno a los 7 días.

Durante las primeras horas tras la cirugía, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, tales como dolorimiento, sensación de ocupación, ruido, etc., así como sensación de ligero adormecimiento de la cara. Es frecuente, también, que se manche el taponamiento del conducto o el vendaje de sangre.

El paciente permanecerá en el hospital unas horas o hasta el día siguiente, según diferentes circunstancias. Posteriormente será controlado en las consultas externas del Servicio.

Como normas generales, deberá evitar la penetración de agua en el oído y viajar en avión durante las tres semanas siguientes a la cirugía. Se sonará la nariz con cuidado, primero una fosa y después la otra, y estornudará sin taparse la nariz.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con la pérdida de audición, la sensación de resonancia y el ruido en el oído si es que existían con anterioridad. Por otra parte, mientras la perforación timpánica exista, el paciente debe de evitar la penetración de agua en su oído ya que podrían aparecer supuraciones de forma intermitente, con la posibilidad de pérdida de audición tras infecciones repetidas. Estas supuraciones pueden aparecer, también, espontáneamente, sin que penetre agua en el oído del paciente.

BENEFICIOS ESPERABLES: Cierre de la perforación. Mejoría de la audición, de la sensación de resonancia y de los ruidos, en muchos casos. Posibilidad de penetración de agua en el oído. Eliminación de la supuración del oído.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Evitar la entrada de agua en el oído. Prevenir y tratar los procesos catarrales. Tratamiento médico de la supuración cuando aparezca.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS 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.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído–, vértigos y disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–.

Es posible que aparezca una parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la cara–, e infecciones, tanto a nivel del oído, como a nivel cerebral, tales como meningitis o abscesos.

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.

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 biológicas 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

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, en los mismos términos que haría el propio paciente.

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 representante legal

Fecha: / /