

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE MIRINGOTOMÍA/DRENAJE TRANSTIMPÁNICO

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 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 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 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 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 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.

**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 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–.

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.<sup>a</sup> ..... 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:     /     /