

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MIRINGOPLASTIA DEL LADO AFECTO ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " <b>MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO</b> " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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.

La miringoplastia es una técnica quirúrgica destinada al cierre de una perforación timpánica mediante la colocación de un injerto.

Se realiza bajo visión microscópica tanto a través del propio conducto auditivo, como a través de una ampliación del mismo, o mediante una incisión realizada detrás del pabellón auricular.

Este tipo de cirugía se indica en el tratamiento de perforaciones timpánicas que no hayan sufrido una supuración en los últimos tres meses.

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

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

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol® -un pegamento biológico-; Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm® o Surgicel® -esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-.

En caso de tomas de biopsias, se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

1. Cierre de la perforación.
2. Mejoría de la audición, de la sensación de resonancia y de los ruidos, en muchos casos.
3. Posibilidad de penetración de agua en el oído.
4. Eliminación de la supuración del oído.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

1. Evitar la entrada de agua en el oído.
2. Prevenir y tratar los procesos catarrales.
3. Tratamiento médico de la supuración, cuando aparezca.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

1. Tras la intervención se coloca un taponamiento en el conducto auditivo que se retirará en unos días. En el caso de abordaje por detrás del pabellón, se realiza una sutura, cuyos puntos se retirarán en torno a los 7 días.
2. Las primeras horas después de 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, que se manche el taponamiento del conducto o el vendaje de sangre.
3. La permanencia en el hospital, varía entre unas horas o varios días, en dependencia de la evolución.
4. Posteriormente será controlado en las consultas externas del Servicio de Otorrinolaringología.
5. Como normas generales, deberá evitar la penetración de agua en el oído y viajar en avión durante las tres semanas siguientes a la cirugía.
6. Se sonará la nariz con cuidado, primero una fosa y después la otra y estornudará sin taparse la nariz.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de *no efectuarse esta intervención*, continuará con los síntomas propios de la perforación, tales como 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, debe de evitar la entrada de agua en el oído ya que podrían aparecer supuraciones de forma intermitente, con la posibilidad de pérdida de audición tras infecciones repetidas.

Las supuraciones pueden aparecer espontáneamente, sin que penetre agua en el oído.

### RIESGOS FRECUENTES

1. Posibilidad de que persista la perforación que podría, incluso, aumentar de tamaño.
2. Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa –el polo negativo colocado en el muslo o la espalda del paciente.
3. Existe posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que se pierda completa e irreversiblemente.
4. Acúfenos -ruidos en el oído-, vértigos y disgeusia -alteraciones en la sensación gustativa-.
5. Parálisis facial -parálisis del nervio de los músculos de la cara-.
6. Infecciones, tanto a nivel del oído, como a nivel cerebral, tales como meningitis o abscesos.
7. 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 POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

### RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

### CONTRAINDICACIONES

<b>PACIENTE</b>			
<b>D/Dª</b>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
<b>D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
<b>DECLARO</b> haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>