

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TIMPANOPLASTÍA Y/O MASTOIDECTOMÍA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que la otitis crónica es una enfermedad inflamatoria infecciosa del oído medio responsable de una pérdida de audición progresiva con supuración crónica.
- Puede dar lugar a complicaciones graves como: sordera total, parálisis facial, complicaciones intracraneales (meningitis, absceso cerebral), incluso la muerte.
- La cirugía permite explorar y limpiar las estructuras del oído medio en caso de inflamación y/o infección. En algunos casos, tiene como objetivo la reconstrucción (si es posible) de la cadena de huesecillos y de la membrana timpánica.
- En otros casos, es necesario eliminar completamente el hueso que rodea al oído medio dejando una amplia cavidad comunicada a través del orificio auricular, con o sin reconstrucción de la membrana timpánica y de la cadena de huesecillos.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que estos procedimientos es una cirugía programada que se realiza por una incisión detrás de la oreja o a través del conducto auditivo.
- Para cerrar el tímpano se usa aponeurosis del músculo temporal o un injerto del cartílago auricular.
- Para reemplazar los huesecillos se utilizan prótesis o bien tejidos del propio paciente (prótesis de teflón o fragmentos de cartílago del pabellón auricular o hueso).
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. Puede asociarse a operación sobre los cornetes nasales cuando estos participan en la obstrucción nasal.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.
- Riesgos inmediatos: 1. la sobreinfección es posible y da lugar a una supuración local. 2. el daño del oído interno por la otitis media crónica puede ser la causa de la persistencia de vértigos, hipoacusia y/o acúfenos después de la intervención. 3. alteración del gusto por la sección del nervio cuerda del tímpano (rama del nervio facial) para permitir el abordaje de la cavidad. 4. estrechamiento por cicatriz del conducto auditivo. 5. despegamiento del pabellón auricular. 6. pérdida del injerto con reperforación del tímpano. 7. reaparición de la supuración crónica. 8. aparición de quistes de piel en el oído. 9. ausencia de recuperación auditiva.
- Complicaciones raras: 1. parálisis facial (parálisis del nervio de los músculos de la cara). 2. pérdida de la audición total. 3. infecciones cerebrales o meningitis.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).	Sr(a).
RUT.	RUT.
Firma:	Firma:

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:

RUT:

Firma:

Fecha:

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:

RUT:

Firma:

Fecha: