



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?:

La otitis media secretoria es la ocupación del oído medio por una colección seromucosa crónica que favorece las infecciones y disminuye la audición al impedir una correcta transmisión del sonido

2. ¿Cómo se realiza?:

En el adulto esta intervención suele realizarse bajo Anestesia Local, mientras que en el niño suele ser necesaria la Anestesia General.

La MIRINGOTOMIA CON O SIN COLOCACIÓN DE TUBO DE VENTILACIÓN consiste en la realización de una incisión en la membrana timpánica, con el fin de evacuar el contenido líquido o mucoso del oído medio. Cuando esta secreción es espesa, resulta conveniente que el drenaje del oído sea más duradero, por lo que se colocan unos tubos de ventilación transtimpánicos. La decisión de colocar o no tubos de ventilación suele tomarse durante el propio acto quirúrgico. Hay diferentes tipos de tubos en función de su forma y composición. Entre los más empleados están los tubos en forma de diábolo, de titanio o silicona, y los que tienen forma de T, que tardan más en ser expulsados. Es una de las intervenciones más frecuentes. Se ha probado que es un método seguro y efectivo para resolver enfermedades recurrentes del oído medio en los niños.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

El dolor postoperatorio puede ser razonablemente controlado con medicación. Las complicaciones relacionadas con la miringotomía son menores y usualmente aparecen en forma de infección, la cual puede ser tratada con antibióticos. El tubo suele permanecer implantado durante varios meses, aunque puede ser rechazado antes o bien permanecer en el sitio varios años. Todo el tiempo que el tubo este en el oído, deben asumirse los cuidados para evitar las infecciones del oído medio.

Ocasionalmente la membrana timpánica fracasa en la reconstrucción después de que los tubos han sido expulsados, y aparece una perforación que puede requerir reparación quirúrgica. En algunos casos, en especial en familias con historia de enfermedades crónicas del oído, los tubos de ventilación han de ser colocados varias veces.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

La mejoría de la audición, suele ser inmediata a la eliminación de la colección mucosa del oído. El fracaso en la mejoría de la audición, indicaría la existencia de un segundo problema localizado en el oído medio, o en el oído interno

5. Consecuencias previsibles de su no realización:

Disminución de la audición. Alteraciones del oído medio que pueden conducir a padecimientos crónicos del mismo entre los que destacan, la formación de Colesteatomas, procesos adhesivos, etc.

6. Alternativas:

Dado que la cirugía se plantea ante el fracaso del tratamiento médico y las medidas higiénicas, no existe alternativa terapéutica.

7. Riesgos en función de la situación del paciente:

En algunos casos, en especial en familias con historia de enfermedades crónicas del oído, los tubos de timpanostomía han de ser colocados varias veces.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

, d de

Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

, d de

Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*