

Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Mastoidectomía y Meatoplastía

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°...../20...../INSN-SB)

1. Servicio/Subunidad

Sub Unidad de Atención Integral Especializada al Paciente de Especialidades Quirúrgicas
Especialidad de Otorrinolaringología

2. Nombre del Procedimiento

Procedimiento Quirúrgico de Mastoidectomía y Meatoplastía

3. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE 10

4. Descripción del Procedimiento

La intervención de Mastoidectomía, se realiza bajo anestesia general. Consiste en la realización de una incisión en la región retro auricular (detrás de la oreja) y la limpieza de las cavidades del oído en las que hayan podido acumularse las secreciones de un proceso infeccioso del oído medio.

Cabe asimismo la posibilidad de completar la intervención quirúrgica con la colocación de un “Tubito de Miringotomía” a través de la membrana timpánica para lo que se le pedirá la autorización correspondiente.

Es posible 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.

La intervención quirúrgica puede requerir la colocación de un sistema de drenaje de las secreciones acumuladas a nivel de la mastoides, que se mantendrá a lo largo de unos días. Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto y un vendaje en la cabeza. La incisión se cierra, mediante unos puntos de sutura, que se retirarán entre los 5 y los 7 días.

5. Objetivos del Procedimiento

Drenaje de las secreciones acumuladas en la región mastoidea y el oído medio

6. Beneficios Esperados

Prevención de las complicaciones de origen infeccioso.

7. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

En las primeras horas, tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, sensación de adormecimiento en la cara, por la anestesia local que se ha podido infiltrar, o una pequeña hemorragia que manche el taponamiento del conducto auditivo o el vendaje, de sangre.

8. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

En general, son poco frecuente, las siguientes complicaciones:

- Si existía una perforación timpánica previa, el objetivo de la intervención no es la clausura de la misma por lo que persistirá la perforación, que podría, incluso, aumentar de tamaño.
- 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 zona de la placa –el polo negativo- colocada en el muslo o la espalda del paciente.
- Es posible, también, que persista, de una manera transitoria o definitiva, un cierto adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular.
- Cabe, también, la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que se pierda completa e irreversiblemente.
- Es posible que reaparezcan las infecciones, aun a pesar de que el proceso infeccioso se haya solucionado completamente.
- Pueden aparecer acúfenos -ruidos en el oído- que pueden quedar como secuela; vértigos, que tienen una duración variable; disgeusia -alteraciones en la sensación gustativa-; parálisis facial - parálisis del nervio de los músculos de la cara-; infecciones, tanto a nivel del oído, como a nivel cerebral, tales como meningitis o abscesos; y alteraciones estéticas o dolor, a nivel del pabellón auricular.
- En el caso de que se hayan utilizado un tubito de drenaje, colocado en el tímpano del paciente, cabe la posibilidad de que se elimine espontáneamente.
- Es posible que quede como secuela una cicatriz inestética o dolorosa.
- No hay que ignorar, además de todo ello, las 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.

9. Consecuencias Prevesibles de su NO Realización

En caso de NO EFECTUAR esta intervención el paciente continuará con el acúmulo de secreciones en la región mastoidea y con la posibilidad de aparición de complicaciones graves, tales como una meningitis una encefalitis o un absceso cerebral.

10. Tratamiento Alternativo

Tras el fracaso del tratamiento médico, no existe un tratamiento alternativo de eficacia contrastada.

11. Riesgo en función de las Particularidades del Paciente

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, fístula, lesión del trigémino, facial y/o espinal. Así como estructuras adyacentes como globo ocular, lengua, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y dependencia según el caso de traqueotomía.

12. Pronóstico Bueno () Malo () Reservado ()

13. Recomendaciones

- El paciente permanecerá en el área de hospitalización durante un periodo variable de tiempo, dependiendo de su situación postoperatoria.
- Posteriormente será controlado en las consultas externas del Servicio.
- Cumplir con los cuidados de la herida establecidos por el Especialista.
- Cumplir con los controles establecidos por el Especialista.



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico _____.

Declaro _____ :
Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de: **Mastoidectomía** () _____ / **Meatoplastia** () sobre los cuales he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de **Mastoidectomía** () _____ / **Meatoplastia** ().



Huella

San Borja, dedel 20.....

Firma del Representante Legal

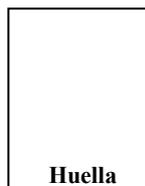
Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha _____ para la realización del procedimiento de **Mastoidectomía** () _____ / **Meatoplastia** () y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella

San Borja, dedel 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____
RNE N° _____