



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TIMPANOSTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO DE VENTILACIÓN

(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)

Sub Unidad de Atención Integral Especializada al paciente de Especialidades Quirúrgicas - Otorrinolaringología

Procedimiento: Timpanostomía con Inserción de tubo de ventilación

Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo) (CIE 10)

Descripción del Procedimiento

La timpanostomía con inserción de tubo de ventilación, tiene por objeto airear el oído medio y, en ocasiones, extraer la secreción que pueda existir en él. Para ello se realiza, bajo visión microscópica o endoscópica, una pequeña incisión en el tímpano, a través de la cual se aspirará el posible contenido del oído medio, con la posterior colocación de 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. Aun 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.

Objetivos del Procedimiento

- Restaurar la audición en niños que presentan otitis media con efusión
- Prevenir de infecciones y/o complicaciones causadas por Otitis media aguda recurrente
- Prevenir complicaciones de la otitis media aguda

Beneficios Esperados

Mejoría de la audición y evitar otro tipo de procesos inflamatorios del oído.

Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes

- Hemorragia leve
- Infección del oído
- Dolor
- Supuración
- Rechazo y expulsión del drenaje
- Perforación residual con agravación de la hipoacusia

Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes

Excepcionalmente, el paciente puede sufrir la pérdida absoluta de la audición o cofosis, acúfenos -ruidos en el oído, vértigos, alteraciones de la sensación gustativa y parálisis facial, que suele ser debida a la anestesia local, por lo que suele ser transitoria.

Consecuencias Previsibles de a NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

El paciente continuará con los síntomas dependientes de la falta de aireación del oído medio, tales como la pérdida de audición, los ruidos del oído, etc. Además, el paciente puede sufrir episodios inflamatorios agudos de repetición o, incluso, la evolución de su otitis hacia otras formas de enfermedad del oído medio y sus complicaciones.



Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño
San Borja



Posibilidad de Tratamiento Alternativo

Si bien la llamada otitis serosa tiene un tratamiento médico, ante el fracaso del mismo, no se conocen procedimientos de contrastada eficacia. No obstante, otro tipo de intervenciones quirúrgicas, tales como la adenoidectomía o la amigdalectomía pueden estar indicados de forma complementaria o alternativa.

En el caso de las otitis de repetición, existen diversos tratamientos médicos o quirúrgicos, tales como las ya señaladas adenoidectomía y amigdalectomía.

En el caso de otras situaciones que requieran la ventilación del oído medio, como quiera que puedan ser muy diferentes y complejas, deberá de dejarse aconsejar por el criterio de su médico.

Riesgo en función de las Particularidades del Paciente

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, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma.

Pronóstico

Bueno ()

Malo ()

Reservado ()

Recomendaciones

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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
Timpanostomía con inserción de tubo de ventilación 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 **Timpanostomía con inserción de tubo de ventilación**.

**Huella**

San Borja, dedel 20.....

Hora: ... : ... horas

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 **Timpanostomía con inserción de tubo de ventilación** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi
representado.

**Huella**

San Borja, dedel 20.....

Hora: ... : ... horas

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____