

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Lateralidad:

OÍDO DERECHO  OÍDO IZQUIERDO  AMBOS OÍDOS

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

**Objetivo**

Mejorar la audición, disminuir los riesgos de retracción de la membrana timpánica y disminuir los episodios de otitis media aguda.

**Características**

La Punción Aspirativa Timpánica o PAT, con o sin colocación de tubos de ventilación, es una cirugía que se realiza para tratar una enfermedad llamada Otitis Media Con Efusión que consiste en la persistencia de líquido en el oído medio, con episodios de otitis media aguda recurrentes o una otopatía adhesiva, es decir una alteración de la membrana timpánica, en la que el tímpano se ha retraído con riesgo de generar un daño irreversible en la membrana y/o en la cadena de huesecillos. Para ello se realiza bajo visión microscópica una pequeña incisión en el tímpano, a través de la cual se aspira el contenido del oído medio y se coloca un pequeño tubo de drenaje, para evitar que éste se cierre, permaneciendo en ese lugar un tiempo variable, que suele oscilar entre seis meses y un año.

Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

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 la salida de secreciones de aspecto mucoso o sanguinolento. El paciente permanecerá unas horas hospitalizado y los controles se realizarán de forma ambulatoria en la consulta médica. Como norma general, mientras lleve colocado el tubo de ventilación deberá evitar que penetre agua en el oído, para evitar la aparición de infecciones.

**Riesgos**

En general son poco frecuentes, pero se debe mencionar: pequeña hemorragia, infección del oído con dolor y supuración, rechazo y expulsión del tubo de drenaje, introducción del tubo en el oído medio, formación de colesteatoma tardío (introducción de piel al interior del oído medio) y la aparición de una perforación residual.

Más raro aún, pérdida absoluta de la audición o cofosis, acufenos - ruidos en el oído, vértigos, la llamada disgeusia alteraciones de la sensación gustativa y una parálisis facial es decir, de los músculos que mueven la cara, sobre todo cuando son intervenida la cadena de huesecillos.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia general y se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **PUNCIÓN ASPIRATIVA TRANSTIMPÁNICA/TUBOS DE VENTILACIÓN**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal