



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** La timpanoplastia es una intervención que se realiza para tratar el origen y/o las secuelas de una otitis media crónica que exuda material supurativo. El objetivo de la intervención es doble: limpiar la lesión que provoca la supuración y mejorar, en lo posible, la audición.

2. **¿Cómo se realiza?:** El procedimiento consiste en la limpieza de las cavidades del oído y la reconstrucción, si es posible, de la membrana timpánica y huesecillos del oído medio. Suele ser necesario actuar sobre las cavidades aireadas del oído y mastoides (zona ósea situada detrás del oído). En estas zonas del oído es donde puede aparecer tejido epitelial de carácter invasivo dando lugar a la lesión denominada colesteatoma.

Para acceder al oído afecto la intervención se realiza generalmente bajo anestesia general, si bien en determinados casos puede utilizarse anestesia local y una sedación más analgesia del paciente. En algunos casos puede llevarse a través del conducto auditivo en otros casos, se puede realizar a través de diferentes incisiones de la piel, habitualmente, por detrás del pabellón auricular. También suele ser necesaria la ampliación del conducto auditivo externo.

La planificación del tratamiento de la enfermedad del oído puede aconsejar la realización de dos intervenciones. Una primera para limpiar las lesiones y reconstruir el tímpano, y otra, al cabo de un tiempo, para reconstruir la cadena de los huesecillos y así mejorar la audición.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?** Los riesgos vitales son poco frecuentes; aunque como en todo acto médico, y especialmente por la necesidad de utilizar anestesia general para realizar este procedimiento, podrían llegar a producirse. El éxito de la reconstrucción y/o control de la supuración dependerá de la naturaleza y extensión de las lesiones. Y aun cuando las posibilidades sean altas no siempre se consigue. En estos casos puede ser necesaria una reintervención. Los procesos crónicos y complicados con lesiones extensas, presentan mayor riesgo terapéutico. Las complicaciones de esta cirugía incluyen:

- Pérdida de audición respecto a la existente antes de la intervención. Muy rara si la reconstrucción se limita al tímpano y excepcionalmente que sea completa e irreversible
- Si existen ruidos (Acúfenos) o mareos, estos pueden persistir o incluso aparecer tras la cirugía.
- Es muy poco frecuente la pérdida de movilidad de la cara del oído intervenido por afectación del nervio facial. Cuando se produce suele ser pasajera, aunque puede ser definitiva.
- Ocasionalmente se produce alteración en el sentido del gusto en el lado de la lengua del oído operado.
- Otras complicaciones incluyen: Cicatrices con alteración estética del pabellón auditivo, hemorragia, meningitis y otras complicaciones endocraneales, que aunque pueden ocurrir su incidencia es remota.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** .....

5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La progresión es irregular dependiendo de la existencia o no de colesteatoma:

- Sin colesteatoma: sordera y supuraciones de repetición por sobreinfección del oído medio que, excepcionalmente, pueden dar lugar a complicaciones.
- Con colesteatoma: su evolución normal tiende a complicaciones intratemporales (laberintitis y parálisis facial) y endocraneales (meningitis, tromboflebitis de grandes senos duros y abscesos extradural, subdural o intraparenquimatoso cerebral o cerebeloso).

6. **Alternativas:** Revisiones periódicas por el especialista, para controlar la infección. En ausencia de infección, colocación de prótesis auditivas, para mejorar la audición. Es recomendable la utilización de tapones de oído durante el baño para evitar la contaminación del oído medio, lo que puede ayudar a prevenir la infección y las complicaciones.

7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**TIMPANOPLASTIA**

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

**PACIENT / PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO 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.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de 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.*

Pacient o representant / *Paciente o representante* , d de 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.*