



# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE **TIMPANOPLASTIA**

Nombre y Apellidos   
Edad  D.N.I  N° de Historia clínica   
Diagnóstico del proceso  Fecha   
Médico informante  N° de Colegiado

**Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada TIMPANOPLASTIA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.**

## **BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

La timpanoplastia se realiza para tratar el origen y/o las secuelas de las infecciones del oído medio. Consiste en la limpieza de las cavidades del oído y la reconstrucción, si es posible, de la cadena de huesecillos y de la membrana timpánica. La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se puede realizar a través de diferentes incisiones: hacia arriba, a partir del conducto auditivo, o, lo que es más frecuente, por detrás de la oreja.

Como materiales de reconstrucción se utilizan prótesis compatibles con el organismo, o bien tejidos del propio paciente. 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.

En las primeras horas, tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en el oído, mareo, 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. El paciente permanecerá en el hospital desde unas horas hasta 5 ó 6 días, en dependencia de su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del Servicio. **En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN, el paciente continuará con supuraciones de oído de forma intermitente y con posibilidad de pérdida de la audición.**

## **BENEFICIOS ESPERABLES**

Mejoría de la audición, posibilidad de penetración de agua en el oído y control de las complicaciones de origen infeccioso.

## **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

Revisiones periódicas por el especialista para el control de las infecciones. Prevenir la entrada de agua en el oído y tratar de forma precoz los cuadros catarrales. En ausencia de infección, colocación de prótesis auditivas para mejorar la audición.

## **RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO**

En general, son poco frecuentes. Cabe la posibilidad de que persista la perforación, que podría, incluso, aumentar de tamaño. 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 la perforación timpánica se haya cerrado completamente. Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– que pueden quedar como secuela; vértigos –quetienen una duración variable–; disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–;



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE **TIMPANOPLASTIA**

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.

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: 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.

### **RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES:**

### **OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE **TIMPANOPLASTIA**

### DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso. Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO**, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

**Firma del paciente**

**Firma del médico**

### TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> [REDACTED] D.N.I [REDACTED]  
y en calidad de [REDACTED] es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

**Firma del tutor o familiar**



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE **TIMPANOPLASTIA**

### DECLARACIONES Y FIRMAS

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha



#### OTORRINO MANRESA

C/ Carrer dels Caputxins, 16

08241 Manresa, Barcelona

tel.938 74 40 50

[hola@otorrinomanresa.com](mailto:hola@otorrinomanresa.com)

[www.otorrinomanresa.com](http://www.otorrinomanresa.com)