

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTAPEDECTOMÍA-ESTAPEDOTOMÍA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Estas técnicas se utilizan para tratar la enfermedad que se produce como consecuencia de la fijación e inmovilización del huesecillo del oído llamado estribo. Cuando esto sucede, el huesecillo deja de transmitir el sonido, lo que provoca una sordera que, en ocasiones, va acompañada de ruidos en oído, zumbidos y mareos.

El procedimiento consiste en acceder a través del conducto auditivo y, mediante visión microscópica, extraer total o parcialmente el huesecillo afectado. Luego, se reemplaza por una pequeña prótesis que tiene la movilidad necesaria para volver a transmitir el sonido, permitiendo así recuperar la audición.

En algunos casos, esta prótesis necesita apoyarse en una pequeña membrana que se obtiene de un injerto. Este injerto puede provenir de un pequeño cartílago que se encuentra delante del conducto auditivo externo, o también de una vena del brazo o de la mano.

La anestesia utilizada en esta intervención puede ser local o general.

Es posible que se tenga que emplear materiales como pegamentos biológicos, esponjas sintéticas y reabsorbibles que se usan en la coagulación y estabilización de las diferentes partes del oído. También pueden utilizarse prótesis de diversos diseños y materiales para sustituir los huesecillos del oído, así como otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos

La finalidad del procedimiento es recuperar la audición y, en la medida de lo posible, eliminar los ruidos, zumbidos y mareos, aunque esto no siempre se logra por completo.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Perforación del tímpano.
- Infección del oído.
- Mareos que pueden prolongarse más allá de lo normal e incluso, quedar como secuela.
- No recuperación de la audición o, en casos muy excepcionales, empeoramiento o pérdida total de la audición.
- Pérdida de la audición debido a la movilización de la prótesis.
- Acúfenos (ruidos en el oído) que pueden ser intensos.
- Lesión accidental del nervio facial, produciendo parálisis en la cara, aunque esto es muy poco frecuente.
- Hemorragia de vasos cercanos, que puede necesitar una nueva cirugía.

- Durante la operación, puede ser necesario cortar o se puede dañar un nervio pequeño llamado cuerda del tímpano. Si eso pasa, es posible que cambie el sabor en un lado de la lengua y que sienta un sabor raro, como metálico, de forma permanente.
- Fistulas o fugas del líquido que rodea al cerebro (líquido cefalorraquídeo), hacia la nariz o la garganta, lo cual puede dificultar la recuperación de la audición.
- Lesión de la parte más profunda del oído, lo que puede resultar en una peor recuperación auditiva.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión
- Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico: muestra poca eficacia para la recuperación de la audición, mejora los ruidos y los mareos, pero los resultados son muy variables.
- Colocación de una audioprótesis.

### AUTORIZACIÓN PARA "ESTAPEDECTOMÍA-ESTAPEDOTOMÍA"

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
 FECHA DE NACIMIENTO.....  
 CIP AUTONÓMICO.....  
 Nº Htª CLÍNICA.....  
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
 Servicio de  
 Otorrinolaringología

me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:    DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.   Col. Nº: Servicio de
--	---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: