

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LABERINTECTOMÍA QUÍMICA CON GENTAMICINA**

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

Este tratamiento no requiere cirugía y se usa cuando los medicamentos habituales no logran controlar los mareos o vértigos que vienen del oído interno, como en la enfermedad de Ménière.

El procedimiento consiste en poner un medicamento llamado gentamicina en el oído. Esto se hace a través del tímpano, que es la membrana que separa el oído externo del medio. Para ello, se puede usar una aguja fina que pasa por una pequeña abertura en el tímpano, o un microtubo que ya está colocado en el oído.

La gentamicina ayuda a destruir algunas células del oído que envían señales que causan los mareos, ayudando a que la persona tenga menos vértigos.

El proceso se realiza con anestesia local, y a veces se usa un poco de sedación para que el paciente esté más tranquilo.

Después de la inyección, el paciente debe quedarse de lado, con el oído tratado hacia arriba, durante una hora. Si es necesario, se puede repetir la inyección una semana después. El tratamiento termina cuando el médico ve que ya no hay más mareos o si aparecen problemas, como pérdida de audición.

La finalidad de esta técnica es mejorar el síndrome vertiginoso y ayudar a que la persona tenga una mejor calidad de vida.

### **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. Otros riesgos de la intervención son:

- Sensación de mareo o inestabilidad después del tratamiento, pero generalmente no es muy fuerte y dura unas horas.
- En algunos casos, puede haber un vértigo más fuerte y duradero, que suele deberse a que la medicación produce su efecto.
- Normalmente, el ruido en el oído (acufeno) no cambia, pero en algunos casos puede empeorar un poco y solo por un tiempo.
- Pérdida de audición, que puede ser leve o total en el oído tratado.
- Que persista una perforación timpánica como consecuencia del pinchazo a través del tímpano.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya 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 con medicamentos.
- Otro tipo de cirugía en el oído.
- Sección del nervio que causa los mareos.

### AUTORIZACIÓN PARA "LABERINTECTOMÍA QUÍMICA CON GENTAMICINA"

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 me entrega COPIA del mismo.

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

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

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



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

ÁREA DE SALUD  
Servicio de  
Otorrinolaringología

---

**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: