

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA/ESTAPEDOTOMÍA DEL LADO.....

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada ESTAPEDECTOMÍA o ESTAPEDOTOMÍA, 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 estapedectomía y la estapedotomía son las técnicas quirúrgicas utilizadas, generalmente, para tratar la llamada otosclerosis u otospongiosis. Esta enfermedad se produce como consecuencia de la fijación, y consecuente inmovilización, de uno de los huesecillos del oído -el estribo-, por lo que éste deja de transmitir el sonido originándose así una sordera que, en ocasiones, se acompaña de ruidos -zumbidos- y vértigos.

Estas intervenciones consisten en, mediante visión microscópica, acceder al citado huesecillo, generalmente a través del conducto auditivo, extraerlo, total o parcialmente, y sustituirlo por una pequeña prótesis que posea la movilidad necesaria para transmitir de nuevo el sonido, recuperando así la audición. En ocasiones, esta prótesis se debe apoyar en una pequeña membrana, un injerto, que se obtiene, generalmente, del trago -pequeño cartílago situado delante del conducto auditivo externo- o de una vena del brazo o la mano.

La anestesia empleada, en esta intervención, puede ser local o general.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol® -un pegamento biológico-; Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm® o Surgicel® -esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

La permanencia en el hospital después de la operación varía, generalmente, entre unas horas y diversos días, en dependencia de la evolución de los mareos que aparecen, frecuentemente, tras la intervención y cuya duración varían mucho de una persona a otra.

Tras la operación es normal que se note una pequeña alteración en el sabor de algunos alimentos que, normalmente, se recupera poco tiempo después.

En el inmediato período postoperatorio el paciente debe de evitar la penetración de agua a nivel del oído operado, no debe viajar en avión durante, al menos, tres semanas. Si se suena la nariz, debe hacerlo con precaución y primero de un lado y luego del otro. Si el paciente estornuda, debe de hacerlo con la boca abierta y sin taparse la nariz.

Por lo general, entre 10 y 20 días después de la cirugía el paciente podrá reiniciar su actividad laboral normal.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Es previsible que la evolución de la enfermedad ocasione una sordera progresiva, que puede llegar a ser muy importante.

BENEFICIOS ESPERABLES

Recuperación de la audición en dependencia de la afectación del oído interno. Esta recuperación se produce en más del 95% de los pacientes. La cirugía no asegura la desaparición de los ruidos -zumbidos- en el oído afecto, ni de los mareos, aunque también pueden desaparecer tras la misma.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA/ESTAPEDOTOMÍA DEL LADO.....

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento médico se muestra ineficaz para la recuperación de la audición. La colocación de una audioprótesis puede mejorar la audición del paciente. Los ruidos y los mareos pueden mejorar mediante diversos tratamientos médicos que obtienen resultados muy variables

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Cabe la posibilidad de que, como consecuencia de la incisión o de la manipulación del tímpano, se produzca una perforación timpánica o una infección del oído.

Ya hemos indicado la posibilidad de que aparezcan mareos que puedan prolongarse más allá de lo normal e, incluso, quedar como secuela. Es posible, también, que no se recupere la audición e, incluso, excepcionalmente, que empeore la misma hasta el extremo de perderse completamente. Como quiera que se ha utilizado una pequeña prótesis para restablecer la audición, la movilización accidental o espontánea de la misma puede suponer la pérdida de la audición, aun mucho tiempo después de haberse realizado la intervención quirúrgica. Ello exigiría una reintervención para la correcta recolocación de la misma.

Pueden quedar, como secuela, acúfenos -ruidos en el oído- que pueden ser intensos.

En el interior del oído se encuentra el nervio facial, que es el nervio que moviliza los músculos de la cara. Su lesión accidental afectaría a la motilidad de la cara produciendo una parálisis facial, aunque es extremadamente rara.

En la proximidad del oído se encuentra el seno lateral y el golfo de la vena yugular. Si su posición anatómica no es la normal, podrían llegar a lesionarse, lo que originaría una hemorragia que podría imposibilitar la intervención.

En un porcentaje muy bajo de los casos, es posible que, al abrir el oído interno, se produzca una fístula tan abundante del llamado líquido perilinfático, que el cirujano deba de realizar la intervención quirúrgica de tal forma que se asegure de que no queda una fístula permanente del mencionado líquido. Ello conlleva un pronóstico funcional peor en la recuperación de la audición. En la mayor parte de los casos, la apertura del oído interno –lo que hemos llamado estapedectomía o estapedotomía- se suele realizar con facilidad. No obstante, excepcionalmente, cabe la posibilidad de que esa zona del oído esté más osificada de lo esperable –la llamada forma obliterante- por lo que el cirujano pueda requerir la utilización de diminutos trépanos para realizar su labor. Ello suele aumentar el riesgo de lesión de la porción más profunda del oído y, en consecuencia, un peor pronóstico funcional.

Por lo general, la intervención se realiza por dentro del conducto del oído, pero en algunos casos de conducto muy estrecho, éste deba de ampliarse o, incluso, utilizar otra vía de acceso al oído.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE ESTAPEDECTOMÍA/ESTAPEDOTOMÍA DEL
LADO.....**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

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 SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN**, 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 de forma relevante el procedimiento inicialmente proyectado, consultará la decisión con la persona autorizada por mí. Sólo cuando las eventualidades pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos al encontrarse con circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

También entiendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN
DE ESTAPEDECTOMÍA/ESTAPEDOTOMÍA DEL
LADO.....**

Nombre y apellidos:

Edad: D.N.I.: Nº historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: Nº Colegiado:

En este documento le hemos informado de los riesgos y complicaciones más habituales y relevantes. No obstante, su médico puede facilitarle información sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. La firma del presente documento implica que he podido recabar toda la información necesaria para comprender la intervención y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, 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.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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.

En _____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal