

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA DE CORTISONA DEL LADO.....

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA DE CORTISONA, 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

El tratamiento de ciertos procesos patológicos del oído -como determinadas formas de síndrome vertiginoso originado en el laberinto, o la sordera súbita- es fundamentalmente médico -es decir, con medicamentos administrados por vía oral- pero, cuando se ha llevado a cabo durante un tiempo prudencial y no se ha conseguido la mejoría perseguida, es aconsejable utilizar otros tratamientos. Uno de ellos es la inyección intratimpánica de cortisona. En general, mediante este procedimiento se ha constatado una mejoría en las crisis de vértigo laberíntico y en la sordera súbita, en algunos casos.

El procedimiento se realiza bajo anestesia local. Consiste en administrar una dosis de cortisona a través de una punción, una pequeña incisión en la superficie del tímpano o de un microtubo colocado en el tímpano, a tal efecto.

A continuación, es preciso mantener reposo en posición lateral durante una hora. Esta dosis puede repetirse, en dependencia de criterios distintos, tiempo después.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Es muy probable que no cese su sintomatología vertiginosa o la llamada sordera súbita, únicamente con el tratamiento médico.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría del síndrome vertiginoso o de la sordera súbita.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento médico de ambos procesos y, en el caso del vértigo, los distintos tipos de laberintectomía, así como la llamada neurectomía vestibular.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA DE CORTISONA DEL LADO.....

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Tras la administración suele producirse una cierta sensación de mareo o inestabilidad, que no suele ser demasiado intensa y que se puede prolongar durante unas horas. En ocasiones, puede desencadenarse una crisis de vértigo giratorio que puede ser más intensa y durar más tiempo, en cuyo caso se precisa la administración de medicaciones denominadas, genéricamente, sedantes vestibulares.

No se ha demostrado que este tratamiento modifique el acúfeno -ruido en el oído-. Lo habitual es que, éste, permanezca estable, aunque también puede empeorar de forma, generalmente, temporal.

Excepcionalmente podría producirse una infección en el oído tratado. Dicha infección será tratada de acuerdo al criterio del equipo especialista que le atiende. Además, puede producirse una hipoacusia -sordera- de intensidad variable e, incluso, la pérdida total de la audición para ese oído.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 esta, 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 para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA DE CORTISONA DEL LADO.....

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo 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.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA DE CORTISONA DEL LADO.....

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/La 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/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: