



JULIÁN MOLANO

Otorrinolaringólogo

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA**

Proceso: Gestión de la Información

Versión: 4

Fecha aprobación:
01/06/2024

NOMBRE: _____

EDAD _____ DOCUMENTO No: _____

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

El tratamiento del síndrome vertiginoso originado en el oído es fundamentalmente médico -es decir, con medicamentos- pero, cuando se ha llevado a cabo durante un tiempo prudencial y no se ha conseguido la mejoría perseguida, es necesario plantear otros tratamientos. Uno de ellos es la inyección intratimpánica de esteroide. En general, mediante este procedimiento se admite una mejoría en las crisis de vértigo en numerosos casos.

También es un procedimiento útil y recomendado para el manejo de la hipoacusia súbita, enfermedad en la cual se presenta un daño auditivo en mas de 3 frecuencias seguidas del audiograma.

El procedimiento se realiza bajo anestesia local. Se administra una dosis de esteroide a través de una aguja en la superficie del tímpano.

dosis puede repetirse, en dependencia de criterios distintos, tiempo después.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención persistirán los síntomas que lo hayan motivado.

BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría del síndrome vertiginoso, Mejoría de la capacidad auditiva.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento médico y otros procedimientos quirúrgicos más agresivos.

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 médico.

Calle 2 sur # 46 - 116 consultorio 1319
contacto@julianmolanootorrino.com

Historia Clínica y Registros

Actualizado junio de 2024

	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA	
	Proceso: Gestión de la Información	Versión: 4

Además, puede producirse una hipoacusia –sordera- de intensidad variable e, incluso, la pérdida total de la audición para ese oído.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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. 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. Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes del procedimiento, no obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles adicionales.

En resumen, considero que la información ofrecida por el médico 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.

FIRMADO EN _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
EI PACIENTE


Fdo.: _____
EI MEDICO

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a _____, con CC: _____ 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.

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

 JULIÁN MOLANO Otorrinolaringólogo	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE INYECCIÓN INTRATIMPÁNICA	
	Proceso: Gestión de la Información	Fecha aprobación: 01/06/2024

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.

Fdo.: _____
El representante legal /Paciente.