

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

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 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 cortisona. En general, mediante este procedimiento se admite una mejoría en las crisis de vértigo en numerosos casos.

El procedimiento se realiza bajo anestesia local. Se administra una dosis de cortisona a través de 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, únicamente, con el tratamiento médico.

### BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría del síndrome vertiginoso

### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento médico y los distintos tipos de laberintectomía, así como la llamada neurectomía vestibular.

### Contacto

jfmv01@gmail.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

[www.julianmolano.com](http://www.julianmolano.com)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

## 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 especialista que le atiende.

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. 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. Acepto que, durante la intervención, el cirujano 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,

Contacto

info@jmolano.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

[www.julianmolano.com](http://www.julianmolano.com)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

pero posibles. En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano 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 quirúrgica 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 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 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 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.



### Contacto

jfmv01@gmail.com 

322 56 28 / 300 692 28 50 

Calle 32F 75C - 31 Laureles 

[www.julianmolano.com](http://www.julianmolano.com)



# JULIÁN MOLANO

Otorrinolaringólogo



## INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INYECCION INTRATIMPANICA VERTIGO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

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.<sup>a</sup> ..... , 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

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.



### Contacto

jfmv01@gmail.com

322 56 28 / 300 692 28 50

Calle 32F 75C - 31 Laureles

[www.julianmolano.com](http://www.julianmolano.com)