

Documento de información y autorización para la realización de laberintectomía química con gentamicina del lado $\uparrow\uparrow\uparrow\uparrow\uparrow\uparrow$.

Nombre y Apellidos.....

Edad D.N.I.....

Número de Historia Clínica.....

Diagnóstico del Proceso.....

Fecha.....

Médico Informante.....

Nº de Colegiado.....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **LABERINTECTOMÍA QUÍMICA CON GENTAMICINA**, así como los aspectos más importantes del periodo 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 prudencia y no se ha conseguido la mejoría perseguida, es necesario plantear otros tratamientos. Uno de ellos es la laberintectomía química, mediante la inyección de gentamicina a través del tímpano. En general, mediante este procedimiento se admite una mejoría en la crisis del vértigo en el 90% de los casos.

El procedimiento se realiza bajo anestesia local. Se administra una dosis de gentamicina 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, según distintos criterios, tiempo después.

En caso de **NO EFECTUARSE 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 otros tipos de laberintectomía, así como la llamada neurectomía vestibular.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Tras la administración suele producirse 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 acufeno –ruido en el oído-. Lo habitual es que éste permanezca estable, aunque también puede empeorar de forma generalmente, temporal. 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 y firmo 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 convenientes 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 OPERADO**, 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 el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo.

También entiendo que, a pesar de la 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.

Firma del Paciente

Firma del Médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D^a.....

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 mismo términos que haría el propio paciente.

Firma del Tutor o Familiar

REVOCACIÓN DE 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.

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico

D.N.I.

Nº Colegiado.....

En, a de de