

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE CONDUCCIÓN ÓSEA PERCUTÁNEO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El implante de conducción ósea percutáneo es un dispositivo que ayuda a mejorar la audición transmitiendo el sonido a través de los huesos del cráneo directamente al oído interno, evitando problemas en el oído externo o medio.

Está compuesto por dos partes: un implante de titanio que se inserta en el hueso y se integra con él, quedando como un tornillo que atraviesa la piel, y un sistema de procesamiento y amplificación del sonido que se conecta a ese implante, pudiendo conectarlo o desconectarlo.

Para insertar el implante se realiza una punción mínima circular por detrás o encima de la oreja, sin necesidad de suturas. En algunos casos en los que se precise ampliar esa punción (por sangrado o necesidad de más exposición del hueso craneal) se realizará ampliación, que luego se cierra con puntos de sutura. En alguna ocasión, el implante no se fija a esa zona del hueso y necesitamos realizar otra incisión o punción en otra zona. Después de la cirugía, se coloca un vendaje en la cabeza del paciente para proteger la zona.

La operación puede hacerse con anestesia local y sedación o con anestesia general.

Hasta pasadas unas semanas de la operación no se conecta el procesador de sonido.

La finalidad del procedimiento es mejorar la audición, pero el resultado puede variar en cada persona y depende mucho del estado del oído interno. Es importante tener en cuenta que, aunque el implante puede ayudar a escuchar mejor, la audición lograda quizás no sea exactamente igual a la de un oído completamente sano.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Llevar un implante en el hueso craneal. Este implante permite hacer tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN), pudiendo producirse artefacto en la imagen de la prueba que limite ver las estructuras del cerebro.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Molestias en la zona del implante.
- Sangrado durante o después de la cirugía.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Dificultad o imposibilidad de colocación del implante por problemas anatómicos del hueso craneal.
- Rechazo del material del que está hecho el implante.
- Problemas en la cicatrización y/o infección de la herida quirúrgica.
- Salida de líquido del cerebro por la punción, si se forma una pequeña abertura (fístula).

- Infecciones tanto en el hueso craneal como en el cerebro (como meningitis o abscesos), que son muy raras.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión
- Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Implantes de conducción ósea transcutáneos.
- Implantes de oído medio.
- Sistemas de transmisión del sonido no quirúrgicos.

### AUTORIZACIÓN PARA "IMPLANTE DE CONDUCCIÓN ÓSEA PERCUTÁNEO"

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
Servicio de  
Otorrinolaringología

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: