

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE CONDUCCIÓN ÓSEA TRANSCUTÁNEO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El implante de conducción ósea es un dispositivo quirúrgico diseñado para mejorar la audición transmitiendo el sonido directamente a través de los huesos del cráneo. Esto permite que el sonido llegue al oído interno sin depender del oído externo o medio.

El dispositivo de conducción ósea transcutáneo está compuesto por dos partes principales. Una de ellas, el implante, se coloca debajo de la piel y se atornilla en el hueso en un pequeño orificio en él. La otra parte es el procesador de sonido, que funciona como una prótesis auditiva y se conecta a la parte implantable mediante un sistema de imanes sencillo. Esto permite que el sonido se transmita de manera efectiva y cómoda, ayudando a mejorar la audición del paciente.

Para colocar el implante se realiza una incisión, que puede variar en el tamaño y la zona en la que se realiza es, según la necesidad de ese implante y la anatomía del paciente, por detrás o encima de la oreja, que luego se cierra con puntos de sutura. Después de la cirugía, se coloca un vendaje en la cabeza del paciente para proteger la zona.

La operación se realiza 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 dispositivo implantado 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 después de la operación.
- Sangrado durante o después de la cirugía.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Dificultad o imposibilidad de colocación del implante por problemas técnicos o anatómicos. En ese caso persistirá la hipoacusia en ese oído.
- Rechazo del material del que está hecho el implante.
- Ocasionalmente se producen problemas en la cicatrización y/o infección de la herida quirúrgica.
- Salida de líquido del cerebro por la perforación del hueso, si se forma una pequeña abertura

(fístula).

- Infecciones, tanto en el hueso craneal como en el cerebro (como meningitis o abscesos), que son muy poco frecuentes.
- 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 percutáneos.
- Implantes de oído medio.
- Sistemas de transmisión del sonido no quirúrgicos.

AUTORIZACIÓN PARA "IMPLANTE DE CONDUCCIÓN ÓSEA TRANSCUTÁNEO"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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 _____

Fdo. Paciente: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de
--	---



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

ÁREA DE SALUD
*Servicio de
Otorrinolaringología*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: