

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMPLANTE COCLEAR**

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

El implante coclear es un dispositivo que ayuda a las personas con daño en la parte de la audición del oído interno a recuperar la audición. Convierte las señales acústicas en señales eléctricas que estimulan directamente el nervio auditivo, permitiendo que el cerebro interprete los sonidos.

El implante consta de dos partes principales: una unidad externa, que se puede ver desde afuera, y una interna, que se implanta en el cráneo del paciente mediante la cirugía. Estas partes se comunican a través de la piel sin contacto físico directo.

La cirugía se realiza bajo anestesia general y puede variar en la técnica, aunque básicamente consta en una incisión detrás de la oreja para realizar una cavidad en el oído para llegar al oído interno o caracol para poder colocar allí los electrodos del implante, usando diferentes tipos de incisiones y materiales como pegamentos biológicos, esponjas reabsorbibles y otros materiales sintéticos para estabilizar y cerrar la zona. La parte más grande del implante queda alojada en la parte lateral del cráneo.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos imprevistos.

Las personas con implantes auditivos deben consultar con el equipo médico antes de someterse a determinadas pruebas como la resonancia magnética y antes de algunos tratamientos por ejemplo en los que se vaya a usar el bisturí eléctrico monopolar. Los implantes no suelen verse afectados por los detectores de metales, pero pueden activar las alarmas.

La finalidad es mejorar la audición y la recuperación o mejoría del lenguaje, en mayor o menor medida, en los casos en los que éste hubiera quedado comprometido por la falta de la audición.

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

Llevar un dispositivo externo en la cabeza y detrás de la oreja para poder oír llamado procesador de sonido.

### **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 el oído o mareos después de la operación, que suelen ser pasajeros.
- Sangrado leve después de la cirugía.
- Molestias al masticar.
- Inflamación de los párpados del lado intervenido.

Riesgos poco frecuentes y/o graves:

- Adormecimiento de alguna zona próxima al pabellón auricular de una manera transitoria o definitiva.
- Ruidos en el oído (acúfenos) y vértigos, que generalmente son pasajeros.

- Avería del dispositivo electrónico en el futuro, que precisaría cambio del implante.
- Cambios en el gusto, por afectación de nervios cercanos, que pueden prolongarse por un tiempo o ser definitivos.
- Alteraciones estéticas y dolorosas en el pabellón auricular.
- Que no se recupere la audición en la medida prevista o esperada
- Lesión de la arteria carótida (excepcional).
- Perforación en el tímpano del oído operado.
- Producción de una fístula abundante líquido perilinfático (muy poco frecuente).
- Desplazamiento de los componentes implantados, de forma accidental.
- Rechazo por el organismo de cualquier elemento integrante del implante, haciendo que pueda aparecer a través de la piel del paciente.
- Parálisis facial si se daña el nervio que mueve los músculos de la cara (muy poco frecuente).
- Infecciones, tanto en el oído 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

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

#### AUTORIZACIÓN PARA "IMPLANTE COCLEAR"

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



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

ÁREA DE SALUD  
Servicio de  
Otorrinolaringología

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

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

---

**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: