

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO AUDITIVO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

En algunas situaciones, puede ser necesario o recomendable retirar un dispositivo auditivo implantado. Esto puede deberse a razones médicas (como una infección o una lesión) o a decisión del propio paciente.

La intervención consiste en realizar una incisión en la piel, habitualmente detrás de la oreja, aunque la ubicación puede variar según el tipo de implante. A través de esa incisión se accede al dispositivo, que se afloja y retira con cuidado para no dañar los tejidos cercanos. Una vez extraído, se cierra la herida con puntos de sutura y se colocan vendajes para proteger la zona durante la recuperación.

La cirugía se realiza normalmente con anestesia general, aunque en algunos casos puede hacerse con anestesia local.

Durante la intervención, el cirujano puede utilizar distintos materiales para ayudar en la recuperación, como: pegamentos biológicos, esponjas reabsorbibles, materiales sintéticos para estabilizar y cerrar la zona.

La finalidad depende del motivo que lo causó: tratar una infección, reparar una lesión en el oído, permitir la realización de pruebas médicas, como una resonancia magnética o respetar la decisión del paciente, si desea retirarlo por motivos personales.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Pérdida de audición si el implante está acoplado a partes del oído medio o interno.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Mareos.
- Sensación de adormecimiento en la cara.
- Sangrado leve.
- Inflamación o aparición de hematomas en los párpados o debajo del cráneo.
- Molestias al masticar.
- Lesión de la arteria carótida, una complicación muy poco frecuente.
- Pérdida de la audición residual que el paciente aún conservaba.
- Formación de una fístula de líquido perilinfático, algo extremadamente poco frecuente.
- Perforación en el tímpano, que en casos muy poco frecuentes puede dejar una secuela permanente.
- Persistencia de los síntomas que motivaron la retirada del implante, sin la mejoría esperada.
- Acúfenos (ruidos en el oído) y vértigos, que suelen ser temporales, pero en raros casos pueden mantenerse.
- Alteración en el gusto.

- Parálisis facial (afectación del nervio que mueve los músculos de un lado de la cara), que generalmente es temporal, aunque en casos muy raros puede ser permanente.
- Dificultad o imposibilidad de colocar un nuevo implante auditivo en el futuro.
- Infecciones, ya sea en el oído, en la zona operada o incluso en el cerebro (como meningitis o abscesos), aunque esto es excepcional.
- 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 "EXPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS"

Yo, D./D^a. _____, 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^a. _____, 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: