

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS AUDITIVA OSTEOINTEGRADA TIPO B.A.H.A.

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 IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS AUDITIVA OSTEOINTEGRADA TIPO B.A.H.A., así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

El B.A.H.A. es un sistema procesador de sonido que permite la audición mediante la conducción ósea directa. Es decir, el B.A.H.A. transmite el sonido a través de los huesos del cráneo, evitando, de este modo, la transmisión del sonido a través del llamado oído medio.

El B.A.H.A. consta de dos partes: el propio procesador de sonido y el sistema de sujeción a la pared lateral del cráneo. El sistema de sujeción es, en realidad, un pequeño tornillo de titanio que se inserta en la pared lateral del cráneo del paciente, donde se integra definitivamente al hueso. En él se sujeta el procesador de sonido, que puede colocarse o retirarse, por el propio paciente, mediante un sencillo sistema de presión.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia local, se realiza a través de una incisión realizada en la porción posterior del pabellón retroauricular. Exige la depilación definitiva de una pequeña zona de la cabeza, a fin de mantener limpio el tornillo de titanio.

Tras la intervención, se coloca un vendaje o apósito en la cabeza del paciente. La incisión se cierra mediante unos puntos de sutura que se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas, tras la intervención, pueden aparecer ligeras molestias en la zona de la incisión o una pequeña hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital desde unas horas hasta 1 ó 2 días, en dependencia de su situación postoperatoria. Después será controlado en las consultas externas del Servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el paciente continuará con el nivel auditivo previo.

**BENEFICIOS ESPERABLES:** La mejoría de la audición es variable en cada caso. Generalmente se considera satisfactoria dependiendo del estado del oído interno.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:** La prótesis osteointegrada tipo B.A.H.A. se indica en aquellas situaciones en las que las prótesis auditivas convencionales son ineficaces ante la aparición de supuraciones de repetición, intolerancias, malformaciones auditivas, etc. Existen en el mercado diversos sistemas de transmisión del sonido vía ósea que no precisan de intervención quirúrgica. Su especialista le aconsejará el modelo a elegir, en dependencia de diferentes circunstancias.

**RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO:** En general son poco frecuentes. Es posible que el implante de titanio pueda intentar ser eliminado por el organismo y, en consecuencia, pueda aparecer una reacción inflamatoria con formación de un absceso y/o una osteomielitis.

litis, esto es, una infección de la pared de hueso del cráneo. Se trata de una complicación seria que podría requerir una nueva intervención quirúrgica.

Pueden aparecer infecciones tanto a nivel del área de implantación como cerebrales, tales como meningitis o abscesos, así como fístulas de líquido cefalorraquídeo.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia local, tales como la alergia al anestésico.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

**RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES:**

.....  
.....  
.....

**OBSERVACIONES**

Esta intervención, al adaptar una prótesis, puede tener consideraciones diferentes en las distintas Comunidades Autónomas. Por ello, el paciente debe, con carácter previo a la intervención, valorar los diferentes aspectos relativos a la puesta en marcha y mantenimiento de la prótesis.

Por lo general, la intervención quirúrgica, no supone que la Administración Sanitaria correspondiente, ni el médico, se hagan cargo de la adaptación audiológica del audífono BAHA.

Dicha intervención tampoco compromete a la activación del audífono BAHA, que debe de realizarse por parte de la empresa concesionaria de la prótesis.

Ni la Administración Sanitaria correspondiente, ni el médico, se harán cargo de las limpiezas periódicas del audífono BAHA, ni de ningún chequeo preventivo destinado a asegurar un funcionamiento correcto del audífono BAHA, ni de las reparaciones necesarias de las averías que puedan producirse.

En caso de avería, ni la Administración Sanitaria correspondiente, ni el médico, se harán cargo de la cesión temporal de un audífono BAHA durante el periodo de reparación. Tampoco proporcionarán las pilas necesarias para el funcionamiento del audífono. Además, no se harán cargo de ninguna pieza del audífono BAHA que se necesite por pérdida o rotura.

La intervención quirúrgica no supone la asunción de ningún seguro relativo a la pérdida o rotura del audífono BAHA que, en todo caso, puede ser realizado, con carácter particular por el paciente.

Por otra parte, la responsabilidad de la custodia de la prótesis es exclusiva del paciente o sus familiares responsables.

A pesar de todo ello, en dependencia de la Comunidad Autónoma a la que pertenezca el paciente, la edad del mismo, o la enfermedad que padezca, estas circunstancias pueden cambiar, por lo que deben de ser valoradas con detalle por el paciente.

**OTRAS OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES:** .....

.....  
.....  
.....

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro 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 conveniente 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. 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 mismos términos que haría el propio paciente.

*Firma del tutor o familiar*

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*

Fecha:     /     /