

# Documento de información y autorización para la realización del test del promontorio del lado

## IIII.

Nombre y apellidos .....

Edad ..... DNI .....

Número de historia clínica .....

Diagnóstico del proceso .....

Fecha .....

Médico informante .....

N.º de colegiado .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la exploración denominada **TEST DEL PROMONTORIO**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta exploración, puedan aparecer.

### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO EXPLORATORIO

Llamamos test del promontorio a una técnica exploratoria que tiene como finalidad la estimulación eléctrica del caracol, la llamada cóclea, a fin de establecer aspectos relativos a su funcionamiento.

El test del promontorio se realiza, entre otras situaciones, en pacientes a los que se pretende colocar un implante coclear, para conocer si las terminaciones nerviosas del nervio auditivo son funcionantes y, por tanto, se puede obtener beneficio con la colocación del implante.

El test del promontorio se realiza a través del conducto auditivo externo. La exploración suele consistir en la punción, a través de la membrana timpánica, de un electrodo estimulador mediante el que, a continuación, se aplica una estimulación eléctrica, para comprobar si este estímulo produce sensación de audición, o evidencias de ésta.

Esta exploración se realiza con anestesia local y sedación en el adulto, si bien en el niño se requiere anestesia general.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA EXPLORACIÓN**, existen otros medios para valorar la funcionalidad de la cóclea y de las terminaciones del nervio auditivo a ese nivel. Su especialista le aconsejará cuáles son las más convenientes.

**BENEFICIOS ESPERABLES:** El conocimiento del funcionalismo del caracol permite una mejor valoración previa de los resultados de determinadas técnicas de tratamiento de la sordera como, por ejemplo, la implantación coclear, o el estudio de la causa de determinados tipos de sordera.

**PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:** En la actualidad, las técnicas de otoemisiones acústicas, los potenciales auditivos convencionales, o los de estado estable permiten una valoración muy próxima del funcionalismo del caracol.

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO:

Tras la pequeña exploración, cabe la posibilidad de que aparezca un pequeño dolor que cede unas horas después.

Es posible, también, que aparezca una pequeña emisión de sangre que manche el conducto auditivo.

Cabe la posibilidad de que, tras la exploración, aparezcan vértigos, que suelen ceder un tiempo después.

La lesión del nervio facial, pasajera o permanente, con afectación de la movilidad de la musculatura de la cara y/o la pérdida del gusto de los dos tercios anteriores del mismo lado de la lengua, cuando se afecta la llamada cuerda del tímpano . nervio que conduce la sensibilidad gustativa y que atraviesa el oído. , son posibles, pero muy poco frecuentes.

Es posible que se origine una perforación timpánica que pueda quedar como secuela. Puede, por último, producirse una infección del oído intervenido.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

## RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

.....

.....

## 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 convenientes 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.

También entiendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles. 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.<sup>a</sup>..... DNI ..... 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

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

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

Firma del médico

D.N.I. ....

Nº Colegiado .....

En ..... a ..... de ..... .. de .....