

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REEDUCACIÓN AUDITIVA.

1.- INFORMACIÓN DE LA ACTUACIÓN/DEL TRATAMIENTO

- Identificación y descripción del procedimiento:

La reeducación auditiva es un procedimiento que utiliza música filtrada a través de un proceso electrónico.

Se basa, siempre que es posible, en pruebas de escucha minuciosas sobre agudeza, uniformidad en los umbrales de percepción, distorsiones, discriminación, lateralidad, tiempo de respuesta, nitidez en la percepción y umbral de discomfort.

Los resultados de las pruebas permiten evaluar la calidad de escucha, reconocer los fallos y decidir el programa más conveniente para regular el equipo electrónico.

Cuando los interesados no tienen capacidad para dar respuestas fiables, pero consta que tienen fallos de atención, de comprensión de mensajes orales, de lenguaje, de fonética, de dicción o son muy sensibles a ciertos sonidos, se realiza una anamnesis completa y una entrevista con los padres para valorar la idoneidad del procedimiento.

- Objetivo del mismo:

Su objetivo es producir cambios en el umbral auditivo y en el modo en el que se procesan los sonidos.

- Beneficios que se esperan alcanzar:

El optometrista espera después del tratamiento y mediante la evaluación del examen de las habilidades auditivas, los siguientes beneficios, en función del tipo de caso y disfunción detectados:

- Mejorar la atención auditiva
- Mejorar la comprensión del lenguaje
- Mayor facilidad de dicción/pronunciación
- Mejorar la fluidez y/o velocidad lectora.
- Reducir la hipersensibilidad auditiva a determinados sonidos.

El paciente debe esperar la reducción de los síntomas y respuestas de mayor confort.

- Duración del tratamiento

El programa consta de 20 sesiones de audición musical que duran 30 minutos cada una a razón de 2 diarias y deben aplicarse con intervalos no inferiores a 3 horas en solo 10 días consecutivos, con la posibilidad de interrumpir el programa durante uno o dos días después del 5º día.

El volumen al que se deben escuchar los discos es aquel que permita una audición cómoda, con el mayor volumen posible.

Al sexto día, en los casos que sea necesario o el terapeuta determine, se realizará una segunda audiometría que determinará el tratamiento para los siguientes cinco días.

- Alternativas razonables a dicho procedimiento:

La Reeducción auditiva no es un método o tratamiento único, debe ser considerada como una herramienta adicional y complementarse con otras intervenciones, si fuese necesario.

Actualmente existen otras herramientas para conseguir los mismos objetivos, con mayor evidencia científica, como ...(rellenar). Suele ser la combinación de técnicas y herramientas las que nos permiten una mejor evolución del caso y de los síntomas del paciente

- Consecuencias previsibles de la no realización:

No se han recogido actualmente evidencias científicas de las consecuencias de la no realización.

- Consecuencias seguras del procedimiento, riesgos típicos frecuentes e infrecuentes, pero graves y riesgos personalizados. Molestias, efectos secundarios a corto, medio y largo plazo.

Los principales efectos secundarios durante la realización de la estimulación pueden ser: **irritabilidad, agresividad, alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia, pesadillas), alteraciones del apetito** (falta o exceso de hambre) **vómito, diarrea o hipertermia** (aumento de la temperatura corporal). Estos efectos secundarios aparecen debido a la estimulación del sistema auditivo central.

Más allá de los hechos anteriores, el tratamiento tiene un índice de fracaso y, como todos los procedimientos en salud, el resultado esperado también puede verse afectado por factores individuales, como la respuesta biológica del sistema auditivo y limitaciones de la ciencia, más allá de otras variables de orden local o sistémico.

La reeducación auditiva carece de evidencia científica, tanto en sentido positivo como en negativo. Se encuentra documentada evidencia clínica y se encuentra en fase de estudios experimentales.

2.- CONSENTIMIENTO

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el optometrista que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tal como es especificado en el anterior punto.

Si en el momento del tratamiento surgiera algún imprevisto, el equipo optometrista podrá variar la técnica programada. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo **revocar** el Consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento expresado.

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento en el tratamiento aplicado que es considerado como experimental, por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos. La técnica aplicada en este tratamiento no cuenta en la actualidad con evidencia científica ni está demostrada su eficacia en el terreno de la Optometría, pudiendo tener un efecto placebo,

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, sus datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro Visual Andalus, pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.

En a de de 20 .

Nombre Apellidos:

Nombre Apellidos:

DNI:

nº colegiado/a:

Firma paciente o responsable

Firma óptico-optometrista
