

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NEURECTOMÍA VESTIBULAR

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 NEURECTOMÍA VESTIBULAR, 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:

La neurectomía vestibular es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo la sección de las raíces vestibulares –o del equilibrio– del nervio estato-acústico, que es el que transporta la sensación auditiva y equilibratoria, desde el oído, hasta el cerebro.

Una vez que se ha seccionado el nervio vestibular, tras un período de adaptación, la función del equilibrio se verificará a partir de la actividad del nervio vestibular del lado sano, con lo que debe desaparecer la sensación de vértigo.

La intervención, llevada a cabo bajo anestesia general, se realiza a través de una incisión a nivel de la pared del cráneo, por encima o por detrás de la oreja. A través de esa incisión se realiza una ventana en la pared de hueso del cráneo que permitirá el acceso al interior de la cavidad craneal para la sección del nervio vestibular. Una vez que se ha seccionado el nervio vestibular, se cerrará la ventana realizada en la pared del cráneo y se suturan los músculos y la piel. Tras la intervención se coloca un vendaje en la cabeza. Los puntos de sutura se retirarán entre los 5 y los 7 días.

En las primeras horas, tras la intervención, pueden aparecer molestias en el oído, en la cabeza, en la mandíbula, así como mareo, sensación de adormecimiento de la cara o una pequeña hemorragia que manche el vendaje de sangre. El paciente permanecerá en el hospital unos 7/10 días, en dependencia de su situación postoperatoria. Posteriormente será controlado en las consultas externas del Servicio.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, es muy probable que no cese su sintomatología vertiginosa, únicamente con el tratamiento médico.

BENEFICIOS ESPERABLES: Mejoría del síndrome vertiginoso.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: El tratamiento médico y otros tipos de laberintectomía –destrucción del laberinto–.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Cabe la posibilidad de que se produzca una disminución de la audición e, incluso, de que ésta se pierda completa e irreversiblemente.

Pueden aparecer acúfenos –ruidos en el oído– que pueden quedar como secuela definitiva. Es posible que los vértigos persistan durante un tiempo hasta que se verifique el proceso de adaptación, ya comentado.

Puede aparecer disgeusia –alteraciones en la sensación gustativa–.

Es, también, posible que aparezca una parálisis facial –parálisis del nervio de los músculos de la mitad de la cara– que puede ser transitoria o permanente.

Cabe la posibilidad de que, durante la intervención o en el período postoperatorio inmediato, se produzca una hemorragia de los vasos del interior del cráneo. Esta hemorragia puede ser importante obligando, incluso, a suspender la intervención quirúrgica o, si aparece tras la misma, a realizar una nueva intervención.

Puede aparecer una fístula de líquido cefalorraquídeo –que es el líquido que rodea al cerebro, dentro de la cavidad craneal–, lo que exigiría el tratamiento adecuado para cada caso pero que incluso podría requerir una nueva intervención quirúrgica.

También, puede aparecer un edema cerebral –inflamación del cerebro– que obliga a un tratamiento adecuado y que puede llegar a ser fatal. Asimismo, pueden aparecer infecciones cerebrales, tales como meningitis o abscesos. Es posible que aparezcan cefaleas, que pueden durar un cierto tiempo.

Cabe la posibilidad, también, de que se produzcan alteraciones estéticas del pabellón auricular y trastornos masticatorios, si la incisión se ha realizado en la pared lateral del cráneo, por encima del pabellón auricular.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

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 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: / /