

## **DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT**

- 1. Què és?:** El neurinoma de l'acústic és un tumor benigne originat en el nervi de l'audició i de l'equilibri i que es localitza habitualment en la seua porció endocranial o en una part de l'os temporal. La seua extirpació és necessària quan, per la seua grandària, compromet les estructures veïnes i dona lloc a paràlisi facial, anestèsia de la cara, dificultats de coordinació i de la marxa, cefalea, sordesa, vertígens i acúfens, que solen ser els símptomes inicials. Encara que no existisquen aquests símptomes, pot ser recomanable la seua extirpació abans que apareguen per a previndre'ls i perquè la cirurgia siga més senzilla i conservadora.
- 2. Com es realitza?:** La intervenció, depenent de la grandària i localització del neurinoma, de les seqüeles que hi haja establides i de les que estiguem disposats a assumir, es pot dur a terme per diverses vies:
  - Translaberíntica: A través de l'orella, implica la seua destrucció.
  - Fossa mitjana: A través de l'os temporal en la seua porció superior escatosa.
  - Suboccipital: des de la porció més posterior.

El que es pretén amb la cirurgia és eliminar el tumor, evitar les conseqüències del seu creixement i arribar a un diagnòstic definitiu.

- 3. Quins són els riscos?** Els riscos vitals són poc freqüents, encara que com en tot acte mèdic amb necessitat d'anestèsia general, poden produir-se'n. Aquests riscos vitals són els propis de qualsevol cirurgia major i estan íntimament relacionats amb l'edat, l'estat general i la patologia associada que presente la persona.

Existeixen altres riscos com:

- Hematomes intracranials i extracranials: amb seqüeles neurològiques per afectació del tronc cerebral i del cerebel (anestèsies, paràlisis de mig cos, mala coordinació, afectació de la marxa).
- Lesió del nervi acústic: amb sordesa completa posterior, i en ocasions vertígens i acúfens.
- Lesió del nervi facial: freqüent, origina paràlisi de mitja cara i a vegades obliga a actuar quirúrgicament per a pal·liar les seqüeles, sobretot oculars.
- Fístula de líquid cefalorraquidi, que necessitarà el tractament adequat. Meningitis. Cefalees.
- Lesió d'altres nervis de la zona: més estranya, però es poden veure afectats per la cirurgia o pel tumor la sensibilitat de la cara, la mobilitat de la llengua, la mobilitat del múscle i del braç.
- Lesions de vasos cerebrals i cerebel·losos, que podrien donar lloc a un dèficit en la coordinació motora.

- 4. Conseqüències previsibles de la realització:** Es realitza a través d'una incisió a nivell de la paret del crani, per damunt o per darrere de l'orella, i es pretén extirpar el tumor, cosa que permet un diagnòstic definitiu del procés i evita les conseqüències del seu creixement. Com més precoç siga la cirurgia, majors probabilitats hi ha de conservar l'audició i la funció del nervi facial, a més de la resta de les estructures pròximes. Hi ha la possibilitat d'haver d'utilitzar en la intervenció materials diversos (Tissucol<sup>®</sup>, Spongostan<sup>®</sup>, Gelfoam<sup>®</sup>, Gelita<sup>®</sup>, Gelfilm<sup>®</sup>, o Surgicel<sup>®</sup>), pròtesis que substituïsquen ossets de l'orella o altres materials (meninges artificials, os liofilitzat o un altre material sintètic).
- 5. Conseqüències previsibles de la no-realització:** El neurinoma és un tumor de creixement lent i fins i tot a vegades estacionari. El fet de no tractar-lo sol portar a llarg termini a la pèrdua irreversible de l'audició, vertígens i acúfens, posteriorment, i a mesura que la seua grandària augmenta pot produir las mateixes seqüeles que descriuríem en la cirurgia, i podria arribar a poder posar en perill la vida de la persona.
- 6. Alternatives:** Abstenció terapèutica en certs casos de creixement lent. Tractament mitjançant radioteràpia o radiocirurgia.
- 7. Riscos en funció de la seua situació:** Altres riscos o complicacions que podrien aparèixer, donada la seua situació clínica i les seues circumstàncies personals, són.....



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

OTORRINOLARINGOLOGIA

NEURINOMA DE L'ACÚSTIC

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

Form fields for patient information: COGNOMS / APELLIDOS, NOM / NOMBRE, DNI, DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO, NUMERO DE SIP, DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA), CP, LOCALITAT / LOCALIDAD, PROVINCIA / PROVINCIA, TELÈFON / TELÉFONO, CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

Form fields for legal representative: COGNOMS / APELLIDOS, NOM / NOMBRE, DNI, DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO, EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

Form fields for professional: COGNOMS / APELLIDOS, NOM / NOMBRE, CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL, NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.
- He comprés la informació rebuda. / He comprendido la información recibida.
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment. / Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment. / No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.