

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** El neurinoma del acústico es un tumor benigno originado en el nervio de la audición y del equilibrio y que se localiza habitualmente en su porción endocraneal o en una parte del hueso temporal. Su extirpación es necesaria cuando, por su tamaño, compromete las estructuras vecinas dando lugar a parálisis facial, anestesia de la cara, dificultades de coordinación y de la marcha, cefalea, sordera, vértigos y acúfenos, que suelen ser los síntomas iniciales. Aunque no existan estos síntomas, puede ser recomendable su extirpación antes de que aparezcan para prevenirlos y para que la cirugía sea más sencilla y conservadora.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** La intervención, dependiendo del tamaño y localización del neurinoma, de las secuelas que haya establecidas y de las que estemos dispuestos a asumir, se puede llevar a cabo por varias vías:
 - Translaberíntica: A través del oído, implica su destrucción.
 - Fosa media: A través del hueso temporal en su porción superior escamosa.
 - Suboccipital: Desde la porción más posterior.

Lo que se pretende con la cirugía es eliminar el tumor, evitar las consecuencias de su crecimiento y llegar a un diagnóstico definitivo.

- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?** Los riesgos vitales son poco frecuentes, aunque como en todo acto médico con necesidad de anestesia general, pueden producirse. Estos riesgos vitales son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que presente la persona.

Existen otros riesgos como:

- Hematomas intra y extracraneales: Con secuelas neurológicas por afectación del tronco cerebral y del cerebelo (anestias, parálisis de medio cuerpo, mala coordinación, afectación de la marcha).
 - Lesión del nervio acústico: Con sordera completa posterior, y en ocasiones vértigos y acúfenos.
 - Lesión del nervio facial: Frecuente, origina parálisis de media cara y en ocasiones obliga a actuar quirúrgicamente para paliar las secuelas, sobre todo oculares.
 - Fístula de líquido cefalorraquídeo, que precisará el tratamiento adecuado. Meningitis. Cefaleas.
 - Lesión de otros nervios de la zona: Mas rara, pero se pueden ver afectados por la cirugía o por el tumor la sensibilidad de la cara, la movilidad de la lengua, la movilidad del hombro y del brazo.
 - Lesiones de vasos cerebrales y cerebelosos que podrían dar lugar a déficit en la coordinación motora.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** Se realiza a través de una incisión a nivel de la pared del cráneo, por encima o por detrás de la oreja, y se pretende la extirpación del tumor lo que permite un diagnóstico definitivo del proceso y evita las consecuencias de su crecimiento. Cuanto más precoz sea la cirugía, mayores probabilidades hay de conservar la audición y la función del nervio facial, además del resto de las estructuras cercanas. Cabe la posibilidad de tener que utilizar en la intervención materiales diversos (Tissucol[®], Spongostan[®], Gelfoam[®], Gelita[®], Gelfilm[®], o Surgicel[®]), prótesis que sustituyan a huesecillos del oído u otros materiales (meninges artificiales, hueso liofilizado u otro material sintético).
 - 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** El neurinoma se trata de un tumor de crecimiento lento e incluso a veces estacionario. El no tratarlo suele llevar a largo plazo a pérdida irreversible de la audición, vértigos y acúfenos, posteriormente, y a medida que su tamaño aumenta puede producir las mismas secuelas que describiríamos en la cirugía, llegando a poder poner en peligro la vida de la persona.
 - 6. Alternativas:** Abstención terapéutica en ciertos casos de crecimiento lento. Tratamiento mediante radioterapia o radiocirugía.
 - 7. Riesgos en función de su situación:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....

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

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÉFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

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* , d de 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.*

, d de

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.*

, d de

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.*