

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CRANEOTOMÍA RETROMASTOIDEA, EXÉRESIS DEL SCHWANNOMA VESTIBULAR**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

Un **Neurinoma acústico** mejor llamado Schwannoma del nervio Vestibular es un tumor que puede desarrollarse debido a una desordenada producción de células de Schwann que presionan los nervios del equilibrio y la audición en el oído interno. Las células de Schwann son células que normalmente recubren y sostienen a las fibras nerviosas. Si el tumor se agranda, puede presionar el nervio facial o a estructuras vecinas como el cerebelo y el tronco del encéfalo.

**¿Cuándo está indicada la intervención?**

La indicación depende de su edad, su estado general de salud y las características del tumor en cuanto a su tamaño y localización.

Incluye la cirugía reservada generalmente para los tumores grandes y la radiocirugía reservada generalmente para los pequeños, que utiliza la radiación dirigida cuidadosamente para reducir el tamaño del tumor o limitar su crecimiento.

**¿En qué consiste la cirugía?**

Consiste en la apertura del cráneo (craneotomía) en la región posterior de la cabeza, para tener acceso al lugar donde está situado el tumor y tratar de extirparla en su totalidad o parcialmente. Se envía una muestra para estudio Anatomopatológico. La dificultad y riesgos de la intervención dependen del tamaño, localización, ya que, en esta zona por estar en relación con el tronco cerebral, los riesgos son mayores por tracción o lesión de estructuras que regulan funciones vitales del organismo.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

**¿Cómo es el postoperatorio habitual?**

Dependerá mucho de la situación del paciente antes de la operación. Tras salir del pabellón, el paciente pasará a la Unidad de Recuperación, donde permanecerá por unas horas. Lo que permite

una mejor vigilancia del paciente en las primeras horas, pudiendo detectarse complicaciones tempranas que requirieran una nueva reintervención. Una vez de vuelta en la planta de Neurocirugía, el paciente se irá al sector de hospitalizados, incorporándose progresivamente hasta levantarse lo antes posible. Tras 7-8 días de la intervención se retiran los puntos y se suele recibir el resultado del estudio de Anatomía Patológica del tumor extirpado. En función de este resultado se decide una estrategia terapéutica u otra.

### **Riesgos de la cirugía**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Déficit neurológico, en función de la localización de la lesión (Parálisis facial, sordera, vértigos, trastornos de deglución, afonía).
- Hemiparesia (0,5-2,1%).
- Alteración del campo visual (0,2-1,4%).
- Trastorno del lenguaje (0.4-1%).
- Déficit sensitivo (0.3-1%).
- Hemorragia intracraneal postquirúrgica, causante de déficit neurológico o empeoramiento de un déficit preexistente (0,1-1%): lecho quirúrgico, epidural, intraparenquimatoso.
- Infarto-edema- Infección (0,1-6,8%): superficial, de la piel; profunda o Cerebritis, con formación de un absceso cerebral.
- Meningitis aséptica-séptica.
- Trastorno hemodinámico por manipulación tumoral.
- Embolia gaseosa (enfermos en posición sentada).
- Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- Hidrocefalia postquirúrgica.
- Neumoencéfalo

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad (mortalidad operatoria 0.5-3%), si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### **Tratamientos alternativos:**

- Medicación con esteroides y analgésicos, con el inconveniente de que pueden progresar el tamaño del tumor y los daños al cerebro pudiendo tener riesgo de muerte.
- La radioterapia o radiocirugía, y quimioterapia según no están indicadas en su caso, como tratamiento único.

### **CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**  
**(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Cirugía de Craneotomía Retromastoidea, Exéresis del Schwannoma Vestibular** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA CRANEOTOMÍA RETROMASTOIDEA, EXÉRESIS DEL SCHWANNOMA VESTIBULAR,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)