

# Documento de información y autorización para la realización de neurectomía y vestibular del lado

Nombre y apellido

Edad  ..D.N.I.

Número de historia clínica

Diagnóstico de 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 objeto la sección de las raíces vestibulares- es decir, 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 del hueso del cráneo que permitirá el acceso al interior de la cavidad craneal para la sección del nervio vestibular.

Una vez seccionado el nervio vestibular, se cierra 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 de 7 a 10 días, según su situación postoperatoria.

Posteriormente será controlado en las consultas externas del servicio.

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

**BENEFICIOS ESPERABLES:** Mejoría del síndrome vertiginoso





**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

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  
D.N.I. ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò .

Firma del médico  
Nº Colegiado ò ò ò ..

En ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò , a ò ò ò ò ò de ò ò ò ò ò ò ò .. ò .. de ò .