



Consentimiento Informado Para
Cirugía De La Hipófisis Por Vía
Transesfenoidal

Consentimiento Informado Para Cirugía De La Hipófisis Por Vía Transesfenoidal

Consentimiento Informado Para Cirugía De La Hipófisis Por Vía Transesfenoidal

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para
HIPÓFISIS POR VÍA TRANSESFENOIDAL

INFORMACIÓN GENERAL

Se realiza en caso de lesión intracraneal (quiste o tumor) en la región de la silla turca (hipófisis). También puede afectar a nervios importantes de alrededor, como el quiasma óptico y perder visión o afectar los nervios que mueven los ojos o llevan la sensibilidad de la cara. A veces, puede sangrar el tumor, y otras, puede crecer tanto que comprima zonas como el hipotálamo que regula la orina, iones, temperatura, el nivel de conciencia, etc. o producir hidrocefalia. Suelen ser lesiones benignas (de lento crecimiento y curables mediante cirugía cuando se consigue quitarlas completamente, aunque a veces no se pueden resear en su totalidad por el tamaño o invasión de estructuras que no se deben lesionar), pero no puede saberse con certeza su naturaleza hasta que no sean analizadas por el patólogo.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

En qué consiste la cirugía de la Hipófisis por vía Transesfenoidal

Consiste en la apertura de la silla turca, situada en el centro de la base del cráneo, a la que se llega a través de las fosas nasales, incidiendo en la mucosa debajo del labio superior. Con microscopio e instrumentos muy delicados se reseca el tumor y se envía una muestra para estudio. La dificultad y riesgos de la intervención dependen del tipo, tamaño y grado de infiltración de las estructuras vecinas. Al finalizar la intervención se colocan unos tapones nasales que se retirarán posteriormente. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El beneficio, en algunos casos, es la curación, poniendo fin al tratamiento. En otros, el objetivo es llegar al diagnóstico del tipo de tumor, reducir su tamaño para aliviar los síntomas de compresión de los nervios adyacentes como el quiasma óptico y nervios del seno cavernoso, o detener su empeoramiento y preparar el área para otros tratamientos posteriores haciéndolos más efectivos.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Riesgos de la cirugía de la Hipófisis por vía Transesfenoidal

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad)

Y los específicos del procedimiento:

Complicaciones nasofaciales y seno esfenoidal (0,8-40%): sinusitis, perforación septal, deformación nasal, epístaxis. (Hemorragia nasal) y/o **otras complicaciones excepcionales:** diástasis o fractura del paladar duro, fractura de la lámina cribosa.

Complicaciones intracraneales:

- Lesión hipotalámica (fiebre, coma); Hemorragia intracraneal; Meningitis (0,5-1,75%).
- Fístula de líquido cefalorraquídeo, con posible infección (meningitis) (3,4%). Complicaciones visuales: Lesión nervio óptico; Lesión quiasma óptico.
- Complicaciones endocrinológicas: Hipopituitarismo; Diabetes insípida (poliuria, polidipsia).

Complicaciones por lesión del seno cavernoso (0,6-1%):

- Afectación de nervios motores oculares (estrabismo, visión doble)
- Afectación trigeminal (dolor facial, pérdida sensibilidad facial, anestesia corneal).
- Complicaciones por lesión de la arteria carótida (grave) (0,3-1%).

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, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente (0.1-1.5%).

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
HIPÓFISIS POR VÍA TRANSESEFENOIDAL

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha Hora:

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En

(Lugar / fecha / Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente: Rut:

Firma del representante legal: Rut:

(Representante legal o familiar responsable).