

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE LAS LESIONES INTRACRANEALES VÍA TRANSORBITARIA**

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 la intervención 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 de la intervención 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

La Cirugía de las Lesiones Intracraneales Vía Transorbitaria, es una intervención que consiste en el abordaje a través de la órbita derecha o izquierda según la localización del tumor, este procedimiento será realizado por un equipo compuesto por Oftalmólogos y Neurocirujanos. En el abordaje puede usarse Neuronavegador, microscopio quirúrgico o endoscopio de acuerdo a la decisión del cirujano y a las características de la lesión. A través de este abordaje se pretende extraer la lesión en forma completa o parcial, o en determinados casos muestra para biopsia.

El tipo de anestesia requerida, 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.

El procedimiento quirúrgico vía transorbitario pretende reseca el tumor con el objeto de lograr una mínima retracción del cerebro, utilizar una vía no utilizada en una cirugía previa (en caso de una reoperación), esta vía solo se utiliza en casos seleccionados y discutidos previamente en los equipos de neurocirugía y oftalmología, permitiendo además conseguir un adecuado posicionamiento del globo ocular en la órbita.

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 u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Desde el punto de vista oftalmológico:

- 1.- Disminución de la agudeza visual, hasta la pérdida de esta, queratitis.
- 2.- Proptosis transitoria (salida hacia anterior del globo ocular de la órbita)
- 3.- Ptosis palpebral transitoria (caída del párpado)
- 4.- Visión doble.
- 5.- Edema de párpados o necrosis.
- 6.- Parálisis de músculos oculares

Desde el punto de vista neuroquirúrgico:

- 1.- Salida de Líquido cefalorraquídeo.
- 2.- Hipostesia o disminución de la sensibilidad en la zona de la cara.
- 3.- Neuropatía del 5 o 6 nervio craneal
- 4.- Meningocele orbitario o salida de las meninges por la órbita.
- 5.- Hematoma intracerebral.
- 6.- Infecciones locales o intracerebrales.

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 exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es infrecuente para este procedimiento.

Consecuencias previsibles de su no realización

Habrà persistencia o agravamiento de los síntomas actuales, aumento de la proptosis (salida del globo ocular por la órbita) lo que incrementa su riesgo vital, hace más difícil la recuperación funcional y el control de la enfermedad.

Otras alternativas disponibles:

La alternativa a la vía propuesta es la vía transcraneal, es decir realizar una apertura a través del cráneo para lograr el mismo objetivo.

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 las Lesiones Intracraneales Vía Transorbitaria**, 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 DE LAS LESIONES INTRACRANEALES VÍA TRANSORBITARIA, 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:	FECHA: ____/____/____	HORA:
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)