

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
CIRUGIA DE NEURALGIA DEL TRIGEMINO**

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

La neuralgia del trigémino es una inflamación extremadamente dolorosa del nervio trigémino que causa dolor facial severo como de alivio y espasmo de los músculos faciales en el lado comprometido.

Estos ataques dolorosos se pueden presentar después de tocar ligeramente áreas cutáneas de la cara, a lo largo del curso de este nervio craneano. Los medicamentos específicos pueden ser muy efectivos para reducir la frecuencia de los ataques, pero es posible que se requiera intervención quirúrgica.

¿Cuándo está indicada la intervención?

La cirugía queda reservada para aquellos casos refractarios al tratamiento farmacológico o cuando los efectos secundarios de la medicación son importantes. Dado la simplicidad del procedimiento puede ser realizado incluso en enfermos de alto riesgo (ancianos o compromiso sistémico importante) y ser repetido cuantas veces sea necesario.

¿En qué consiste la operación?

El objetivo es destruir selectivamente las fibras del dolor (nociceptivas) conservando las fibras táctiles. Para ello se aborda el ganglio del trigémino (Gasser) a través del agujero oval situado en la base del cráneo, usando control radiográfico para lograr la colocación correcta de balón (Microcompresión percutánea del ganglio trigeminal con un catéter-balón de Fogarty insertando percutáneamente.) comprimir el ganglio y con esto se logra la lesión controlada de las fibras nociceptivas.

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.

¿Cómo es el postoperatorio habitual?

Se suspende la medicación neuropática previa, para evaluar el resultado de la cirugía, solo se deja analgesia habitual. El paciente debe volver a su vida habitual.

¿Cuáles son los riesgos, complicaciones y secuelas posibles?

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:**

- Alteraciones de la salivación o del lagrimeo: 20%.
- Disestesias o parestesias molestas: menores (9%), mayores (2%), anestesia dolorosa severa (0.2-4%).
- Paresia parcial de masetero o pterigoides (habitualmente no percibida): 7-24%.
- Queratitis neuroparalítica: 2-4%.
- Paresia oculomotora (habitualmente temporal): 0-2%.
- Meningitis (0.3%).
- Hemorragia intracraneal fatal (por hipertensión severa transitoria): 6 casos en más de 14.000 intervenciones.
- Los resultados contemplan 91-99% de éxito, con recurrencia de 19% a los 6 años y 80% a los 12 años.

Estas complicaciones 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.

Otras alternativas disponibles en su caso:

Las recurrencias pueden ser tratadas fácilmente mediante repetición de esta técnica.

Hay tres variantes de este procedimiento:

- Termocoagulación con radiofrecuencia mediante temperatura
- Rizotomía retrogaseriana con glicerol.
- Descompresión microvascular estableciéndose como un método efectivo de aliviar el dolor en un gran porcentaje de pacientes sin causar lesión trigeminal. Esta técnica ha ganado una amplia aceptación en la última década como tratamiento de la neuralgia trigeminal idiopática. Así, se recomienda en pacientes de menos de 70 años de edad o con una expectativa vital superior o igual a los 5 años sin factores de riesgo médicos o quirúrgicos significativos. Otros candidatos serían aquellos con neuralgia de 1ª rama en los que el riesgo de queratitis de exposición por anestesia corneal sería inaceptable o bien que desean evitar anestesia facial por cualquier razón. La técnica novedosa es la radiocirugía estereotáctica, que aún está en ensayo clínico, reservándose para casos refractarios a múltiples intervenciones. Consiste en usar radiación de alta energía focalizada estereotácticamente sobre la raíz sensitiva trigeminal, lo que permite una destrucción parcial de la porción prepontina retrogaseriana del nervio identificado en resonancia magnética. El 53% de los pacientes logran un alivio completo del dolor y otro 35% consiguen una reducción significativa.

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 Neuralgia del Trigémino** 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 CIRUGIA DE NEURALGIA DEL TRIGEMINO, 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)