

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA HIPÓFISIS Y OTRAS LESIONES DE LA REGIÓN SELAR POR VÍA TRANSESEFENOIDAL

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 realización de este procedimiento está bajo supervisión y análisis de su caso por un equipo compuesto por Endocrinólogos, Anestesiistas, Otorrinolaringólogos y Neurocirujanos.

Se realiza en caso de lesión intracraneal (quiste o tumor) en la región de la silla turca (hipófisis) ya sea por lesiones tumorales benignas o maligna y en menor frecuencia infecciosas. Por su localización y cercanía a estructuras vecinas puede afectar a nervios importantes de alrededor, como el nervio o quiasma óptico con afectación de la visión o afectar el seno cavernoso con los nervios que mueven los ojos o llevan la sensibilidad de la cara.

A veces, puede sangrar el tumor, y en otras, puede crecer tanto que comprima zonas como el hipotálamo que regula la orina, iones, temperatura, el nivel de conciencia, etc. o producir hidrocefalia.

Los tumores de Hipófisis, 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 anesthesiólogo. 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?

Es una cirugía realizada bajo anestesia general, donde participan 2 equipos, uno de ellos integrado por otorrinolaringólogos que realizan el acceso a través de la nariz y un equipo de neurocirujanos que realizan la resección de la lesión propiamente tal.

La cirugía 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. Con **ENDOSCOPIO** e instrumentos apropiados para

esta cirugía se reseca la lesión y se envía una muestra para estudio (biopsia). 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 intraoperatorios 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.

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 y complicaciones**, ya sea desde el punto de vista neuroquirúrgico como otorrinolaringológico, 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**:

- **Complicaciones naso faciales y seno esfenoidal (0,8-40%):**
 - Sinusitis
 - Perforación septal
 - Deformación nasal
 - Epistaxis. (Hemorragia nasal)
 - 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, antibióticos etc.) o quirúrgico (ej. fistula de líquido cefalorraquídeo), 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%).

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 la Hipófisis y Otras Lesiones de la Región Selar por Vía Transesfenoidal** 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 LA HIPÓFISIS Y OTRAS LESIONES DE LA REGIÓN SELAR POR VÍA TRANSESFENOIDAL, 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)