

**CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA PARA
NEUROENDOSCOPIA CEREBRAL**

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 Cirugía de Neuroendoscopia Cerebral, consiste en la introducción en el sistema ventricular u otra cavidad de líquido, de un tubo de unos 4-5 mm de diámetro máximo provisto de cámara y canales de trabajo e irrigación de líquido y que sirve para realizar determinadas operaciones a través de un trépano (orificio) sin necesidad de hacer una gran apertura craneal ni encefálica. Entre estas operaciones está la Ventriculostomía Premamilar Endoscópica, que sirve para resolver la hidrocefalia obstructiva, tomar biopsia de determinadas lesiones tumorales intra o paraventriculares y reseca o extirpar determinadas lesiones tumorales intraventriculares.

La cirugía asistida por endoscopia consiste en utilizar la ayuda del endoscopio en parte de las cirugías convencionales.

El acceso al sistema ventricular se realiza a través de una incisión y trépano (orificio), colocado en el lugar más adecuado para la lesión a tratar, debiendo atravesar el espesor de cerebro para acceder al sistema ventricular. Una vez dentro del sistema ventricular toda la operación se visualiza a través de la cámara en un monitor de televisión y se trabaja en el interior del cerebro a través del canal o canales de trabajo.

Ocasionalmente son necesarios más de un abordaje u orificios para tratar lesiones alejadas unas de otras o para realizar dos procedimientos en la misma intervención como una derivación y la toma de una biopsia.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, 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.

La neuroendoscopia cerebral, en condiciones normales, puede producir cefalea (dolor de cabeza) después de la cirugía, desorientación transitoria y somnolencia, déficit leve o severo de memoria

a corto plazo transitorio o definitivo. También molestias inherentes a la incisión de piel y trépano, como picor, dolor, hinchazón, entre otras.

Los beneficios de la cirugía, en ciertos casos, son los siguientes:

1. Tratamiento de la Hidrocefalia Obstruictiva: resolverá la obstrucción realizando un "nuevo canal" de salida del líquido cefalorraquídeo (LCR) hacia el espacio subaracnoideo.
2. Tratamiento de los Quistes Coloides de III Ventrículo: pretende resecar de forma completa el tumor o quiste y garantizar de nuevo el paso de LCR y el diagnóstico anatomopatológico.
3. Tratamiento de determinados tumores intraventriculares: reseca de forma completa el tumor y garantizar de nuevo el paso de LCR y el diagnóstico anatomopatológico.
4. Biopsia de determinados tumores intra o paraventriculares: para obtener un diagnóstico anatomopatológico de la lesión bajo visualización directa, en una región del cerebro de difícil acceso para otras técnicas de biopsia. Además, y en la misma operación, si hay un problema de hidrocefalia obstruictiva por culpa del tumor, podremos realizar intervenciones que resuelvan la obstrucción, realizando dos operaciones en una.
5. Tratamiento de Quistes Aracnoideos y otros tipos de Quistes: restablece la circulación de líquido y evita la presión del quiste, perforándolo bajo control visual endoscópico y comunicándolo con el espacio subaracnoideo o el sistema ventricular.
6. Tratamientos de hidrocefalias tabicadas: comunica el sistema ventricular y permite que todos los quistes o tabiques se drenen por una única derivación en muchos casos.

Riesgos de la cirugía

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:**

Frecuentes:

- Dolor/molestias de herida quirúrgica.
- Infección de la herida quirúrgica
- Cefalea postquirúrgica.
- Trastorno de memoria a corto plazo, leve y transitorio.
- Déficit neurológico

Graves:

- Mortalidad (extremadamente raro). Rotura de Arteria Basilar.
- Infección grave: meningitis, ventriculitis.
- Hematoma grave intracraneal: hematoma epidural, subdural, intraparenquimatoso o intraventricular.
- Trastorno de movilidad por contusión/hemorragia de cápsula interna o lesión grave de vena talamoestriada con endoscopio.
- Trastorno de memoria a corto plazo, grave y permanente.

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.

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 Neuroendoscopia Cerebral** 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 NEUROENDOSCOPIA CEREBRAL, 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)