

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TUMOR HIPOFISIS - TRANSESEFENOIDAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La hipófisis es una glándula muy importante que está situada en el centro de la base del cráneo y cuya función es la producción de diversas hormonas. Es una glándula vital para mantener el equilibrio endocrinológico (hormonal) del organismo.

Los tumores que más frecuentemente aparecen en esta glándula reciben el nombre de adenomas hipofisarios, y son de naturaleza benigna.

La intervención consiste en realizar un abordaje a la silla turca a través de las fosas nasales, con lo que se accede al tumor de la forma muy directa, pero restringida. Tras el abordaje se extirpa la lesión tratando de respetar el tejido hipofisario sano. La extirpación del tumor no asegura que este no vuelva a crecer de nuevo, con independencia de que sea benigno o maligno.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Es tratar de extirpar completamente la lesión, obtener material para estudio anatomopatológico que nos permita confirmar la lesión y emitir un pronóstico así como la necesidad de tratamientos adicionales, así como mejorar la sintomatología endocrinológica. Estos objetivos pueden lograrse total o parcialmente dependiendo de muchos factores, entre otros, la localización, tamaño y naturaleza del tumor y el estado preoperatorio del paciente. Tampoco asegura que no queden trastornos endocrinológicos tras la cirugía que requieran tratamiento hormonal sustitutivo.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Tratándose de una patología generalmente benigna y de curso habitualmente crónico, el paciente que accede a la intervención debe hacerlo después de no haber encontrado solución satisfactoria con otros tratamientos conservadores. El tratamiento complementario de los tumores con radiocirugía, radioterapia o fármacos debe hacerse conociendo su anatomía patológica. La alternativa al tratamiento quirúrgico propuesto, al estar siguiendo un protocolo asistencial, supone mantener el tratamiento actual. La selección de la vía depende de las características de la lesión.

RIESGOS FRECUENTES

Debe saber que esta intervención es extremadamente compleja y delicada. También la anestesia y los cuidados en la UCI son muy complejos.

Complicaciones postoperatorias relacionadas con la cirugía (FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, HEMORRAGIA, INFECCIÓN) y con la manipulación de la hipófisis o hipotálamo (HIPOPITUITARISMO, COMA), de las arterias (ISQUEMIA CEREBRAL) o de los nervios craneales (DISMINUCIÓN DE AGUDEZA Y CAMPO VISUAL, PARÁLISIS OCULOMOTORES). Cualquiera de estas complicaciones pueden llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos. En muchos casos se produce la llamada DIABETES INSÍPIDA, que puede requerir tratamiento farmacológico a largo plazo.

Otras complicaciones (INFECCIÓN PULMONAR, TROMBOSIS VENOSA, EMBOLISMO, HIPONATREMIA, ANEMIA, HEMORRAGIA DIGESTIVA, ETC.).

Mortalidad postoperatoria: < 1% / < 10% (causas más frecuentes: infarto hipotalámico, lesión vascular, meningitis, causas generales).

Complicaciones de la herida quirúrgica: Hematoma:< 2 % / Infección: posible

Complicaciones nasofaciales y del seno esfenoidal (1- 14%): Apertura o fractura del paladar duro; Fractura de la lámina cribosa; Sinusitis; Perforación del septo nasal, deformación nasal, epistaxis.

Complicaciones intracraneales (0.5-2%): lesión del hipotálamo (fiebre, coma), hemorragia intracraneal,

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TUMOR DE HIPOFISIS - TRANSESEFENOIDAL

meningitis en un 3-4%. Complicaciones visuales: por lesión del nervio óptico o del quiasma óptico con ceguera o disminución de agudeza visual (<1%). Complicaciones endocrinas: hipopituitarismo (disminución de la función de la glándula pituitaria) y diabetes insípida (exceso de orina, sed que obliga a beber frecuentemente). Complicaciones por lesión del seno cavernoso (0,5-1%): afectación de nervios que se encargan de la movilidad de los ojos (estrabismo, visión doble), afectación trigeminal (dolor facial, pérdida de sensibilidad en la cara, anestesia de la córnea del ojo). Complicaciones por lesión de la arteria carótida (grave): 0,3-1%. Mortalidad (0.1-1.5%).

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **TUMOR DE HIPOFISIS - TRANSESEFENOIDAL**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN DE **TUMOR DE HIPOFISIS - TRANSESEFENOIDAL**
EN A LOS DÍAS DE DEL
.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.
EN A LOS DÍAS, DEL MES DE DE
.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO