

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE LAS LESIONES INTRAESPINALES (TUMORES Y QUISTES)**

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 lesión Intraespinal, se localiza en el canal raquídeo de la columna vertebral, donde está la médula y las raíces nerviosas. Se produce cuando hay un crecimiento desordenado de células de la médula espinal (tumor medular primario), de las raíces o nervios (Neurinoma), de las meninges (Meningioma) o de las vértebras o procedentes de otros tumores del organismo (Metástasis). Puede tratarse de lesiones benignas (de lento crecimiento y curables mediante cirugía cuando se consigue reseccarlas completamente) o malignas (con mucha tendencia a reproducirse al no poder ser extirpadas por completo). Algunas veces son quistes que necesitan abrirse o derivar su contenido mediante catéteres.

¿En qué consiste la cirugía?

Consiste en la apertura de la columna vertebral por su parte posterior (Laminectomía) para tener acceso al tumor y tratar de extirparlo total o parcialmente, remitiendo la muestra para estudio Anatomopatológico. Se trata de intervenciones de larga duración.

En algunos casos la cirugía no es curativa siendo el objetivo, en esos casos, llegar al diagnóstico del tipo de tumor, reducir su tamaño para aliviar los síntomas de compresión medular y preparar para otros tratamientos posteriores haciéndolos más efectivos.

Si la cirugía es extensa y se presume que va a quedar la columna vertebral inestable, se colocará un sistema de fijación con tornillos, ganchos o placas, precisando material óseo, probablemente de la cresta ilíaca, para que todo quede más seguro. 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 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.

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:**

- Nuevo déficit medular o radicular (pérdida de fuerza, déficit sensitivo) con carácter transitorio o definitivo.
- Agravamiento de un déficit preexistente (motor y/o sensitivo).
- Trastorno de esfínteres (retención urinaria, estreñimiento).
- Dificultad respiratoria.
- Infecciones (planos superficiales, profunda (empiema, meningitis).
- Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- Inestabilidad ósea (deformación de la columna vertebral).
- Lesiones a estructuras paravertebrales (arteria vertebral cervical), conducto linfático torácico, arteria aorta torácico-abdominal y ramas, arteria intercostal y plexo simpático (S. de Horner en región cervical).
- Hematoma superficial (herida operatoria), subdural e intramedular.
- Al instalar los elementos de una instrumentación puede presentarse daño sobre agregado radiculomedular, infección, rotura de elementos de fijación, mal posición o rotura ósea.

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 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 las Lesiones Intraespinales (Tumores Y Quistes)** 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 INTRAESPINALES (TUMORES Y QUISTES), 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)