



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Las Lesiones  
Intraespinales (Tumores Y Quistes)

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Las Lesiones Intraespinales (Tumores Y Quistes)**

**Consentimiento Informado Para Cirugía De Las Lesiones Intraespinales (Tumores Y Quistes)**

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para  
**LAS LESIONES INTRAESPINALES (TUMORES Y QUISTES)**

### INFORMACIÓN GENERAL

- La lesión Intraespinales se localiza por dentro 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 (Hemangioma) 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 quitarlas 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.
- El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo.
- 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 las lesiones del canal medular (tumores y quistes)

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 (mínimo 3-4 horas). 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.

### Riesgos de la cirugía de las lesiones del canal medular (tumores y quistes)

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad).

### Y los 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.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**LAS LESIONES INTRAESPINALES (TUMORES Y QUISTES)**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).