

# **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DE TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS**

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

## **PACIENTE**

Yo, D./Dña.....de.....años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....,

con domicilio en.....

## **REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO**

Yo, D./Dña. ....de.....años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

con domicilio en.....

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

## **DECLARO**

Que el Dr./la Dra.....  
*(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)*

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DE TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

### **1. PREOPERATORIO**

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. El propósito principal de la intervención consiste en eliminar el tumor manteniendo el miembro y, al menos parcialmente, su función. En ocasiones precisa de tratamientos complementarios (quimioterapia, radioterapia y/u otros) que, a veces, preceden a la cirugía.

3. La intervención puede precisar de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio de Anestesia y Reanimación.

4. Aunque depende de la naturaleza y del grado de la lesión, la intervención consiste en extirpar el tumor, idealmente por tejido sano (a veces necesario), y reconstruir el defecto dejado por la resección. La resección puede obligar al sacrificio de estructuras anatómicas cuya ausencia motiva déficits irreparables. La reconstrucción puede hacerse empleando injertos, prótesis y/u otros sustitutivos óseos; a menudo con algún dispositivo de osteosíntesis (placas, tornillos, etc). A veces, sin embargo, no es necesario reparar un hueso o un segmento óseo sacrificado. La reconstrucción de las partes blandas es obligada en todos los casos, ocasionalmente requiriendo la realización de injertos o colgajos de partes blandas. Las transfusiones son frecuentes. Dependiendo del caso, la resección puede completarse con la aplicación de lo que se conocen como adyuvantes locales: alcohol, fenol, nitrógeno líquido, etc.

5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), lleva implícitas una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.

6. Las complicaciones de la realización de un **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DE UN TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS**, muchas de las cuales obligan a una reintervención quirúrgica y, algunas, pueden comprometer el miembro y hasta la vida del paciente, pueden ser:

- a) Lesiones accidentales de vasos y/o nervios, con las secuelas correspondientes y, excepcionalmente, sangrado masivo con shock hipovolémico y fallecimiento.
- b) Fracturas no previstas.
- c) Infecciones, superficiales o profundas.
- d) Complicaciones protésicas: infecciones, luxaciones, rotura y/o desgaste de alguno de sus componentes, movilización de la prótesis.
- e) Complicaciones de autoinjertos: complicaciones de la herida quirúrgica (seromas, hematomas, infecciones, cicatrices inestéticas y dolorosas), lesiones nerviosas periféricas, contaminación de la herida por el tumor, hernias, etc.
- f) Complicaciones de homoinjertos: fracturas, no uniones, infecciones, reabsorciones espontáneas.
- g) Complicaciones de adyuvantes locales: fracturas, quemaduras de partes blandas vecinas.
- h) Rigididad o anquilosis articular.
- i) Atrofias y debilidad muscular.
- j) Discrepancia de longitud de los miembros.
- k) Otras complicaciones generales: de la herida quirúrgica (seromas, hematomas, infecciones), de las transfusiones, tromboembolismos, síndromes dolorosos regionales complejos (algodistrofias), osificaciones, dolores residuales.
- l) Complicaciones oncológicas: reaparición del tumor en el mismo lugar donde fue extirpado (recidiva local) o a distancia (metástasis).

## 7. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Las alternativas al tratamiento dependen de cada caso, que cada facultativo-equipo valora de forma individual. La alternativa a un procedimiento conservador del miembro es una amputación, que suele estar indicada cuando no se puede hacer una resección por los márgenes a los que obliga el tumor ni una reconstrucción funcional.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

---

---

---

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CONSERVADOR DE TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS DE:**

---

---

---

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

## **TESTIGO**

Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del testigo)*  
con DNI n.º..... declaro bajo mi responsabilidad que el paciente  
D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*  
que le ha entregado el Dr./la Dra.....  
*(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)*

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **CONSERVADOR DE TUMOR ÓSEO O DE PARTES BLANDAS DE:**

.....  
En....., a ..... de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

## **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*  
Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*  
Yo, D./Dña.....  
*(Nombre y dos apellidos del testigo)*

**REVOCO** el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO