



Consentimiento Informado para  
Tratamiento Quirúrgico de las  
Metástasis

## **Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de las Metástasis**

## Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de las Metástasis

---

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 de las **METÁSTASIS**

**LUGAR / LADO**.....

## INFORMACIÓN

El cáncer que ha aparecido en una zona del cuerpo puede diseminarse más allá de este sitio e invadir otras zonas. Este proceso se llama METASTASIS.

El hueso es sitio frecuente de metástasis para numerosos cánceres.

Las células cancerígenas pueden dañar el hueso en dos formas:

**Destruyendo parte del hueso** (lesiones osteolíticas) o **estimulando a crecer al hueso** en forma anormal (lesiones osteoblásticas u osteoescleróticas). Ambas condiciones provocan fragilidad y debilidad al hueso, por lo cual duelen y pueden fracturarse.

El mejor tratamiento es el tratamiento del cáncer primario.

### Las opciones para el tratamiento de las metástasis óseas incluyen:

BIFOSFATOS- QUIMIOTERAPIA, HORMONAL-RADIOTERAPIA y CIRUGIA

El tratamiento quirúrgico de las metástasis óseas se realiza para prevenir o tratar una fractura o un riesgo de ella (fractura inminente). Consiste en eliminar el tumor total o parcialmente y estabilizar el hueso con elementos de osteosíntesis, injertos óseos de banco o sintéticos, prótesis, combinación de injerto y prótesis, uso de cemento óseo entre otras, ya sea solas o combinadas.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, y que durante la intervención puede ser necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

El tratamiento consiste en abordar quirúrgicamente la metástasis y reseca, en lo posible la lesión completa, y si es necesario mediante la utilización de elementos de osteosíntesis, estabilizar el segmento comprometido, o su reemplazo por tejido óseo sano o una prótesis. El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica si no se logra una adecuada alineación y/o estabilización de los fragmentos con los implantes de primera elección o por los hallazgos intra operatorios, (irresecabilidad) con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento:

- **Poco graves y frecuentes:** Lesiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión, pérdida de fuerza muscular en el área, infección superficial o profunda.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Retardo de consolidación, pseudoartrosis, rigidez articular, alteración del crecimiento óseo, consolidación en mala posición, síndrome compartimental, distrofia simpático refleja.
- **Complicación en relación a los injertos:** Infección, fractura, no unión, reabsorción y aparición de una articulación inestable.
- **Complicación de las prótesis:** Infección, fractura, aflojamiento, desgaste, luxación y aparición de calcificaciones alrededor de ella.
- **Graves y de poca frecuencia:** Trombosis venosa, lesión neurovascular, persistencia o recidiva de la lesión, tromboembolismo pulmonar, shock hipovolémico.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, a veces de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad, es muy infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de esta Clínica están disponibles para intentar solucionarla.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como infarto, tromboembolismo e incluso la muerte.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la lesión ya que las otras alternativas terapéuticas, siendo también eficaces, tienen mayores riesgos y peores resultados.

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 la: **METÁSTASIS**

**LUGAR / LADO**.....

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).