



Consentimiento Informado para  
Tratamiento Quirúrgico de los  
Sarcomas de Partes Blandas

## **Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de los Sarcomas de Partes Blandas**

## Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de los Sarcomas de Partes Blandas

---

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 del  
**SARCOMA DE PARTES BLANDAS**

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

## INFORMACIÓN

En general son tumores poco frecuentes que afectan a los tejidos blandos. El tejido blando es un tejido extraesquelético no epitelial del cuerpo e incluye músculos voluntarios, grasa, tejido fibroso, vasos sanguíneos y nervios.

Su localización preferente es en miembros inferiores y tronco, especialmente alrededor de la rodilla. El diagnóstico histológico se confirma a través de una biopsia, la cual será Incisional o escisional (sacar todo el tumor) según el tamaño de la lesión. El tratamiento es multidisciplinario e incluye Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia. Mediante la cirugía se pretende la resección del sarcoma de partes blandas.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

El tratamiento quirúrgico consiste en abordar la lesión a través de una incisión en la piel, la liberación y resección quirúrgica de la lesión.

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 de resección si no se logra una adecuada y completa extirpación de la lesión, pudiendo llegar a requerir una amputación o desarticulación, 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.

- Erosiones cutáneas
- Dolor prolongado en la zona de la lesión
- Infección de la herida operatoria
- Lesión de vasos o nervios de la zona
- Pérdida de fuerza muscular en el área.
- Rigidez de articulaciones adyacentes
- Síndrome compartimental
- Distrofia simpático refleja
- Trombosis venosa
- Tromboembolismo
- Pulmonar
- Shock hipovolemico
- Recidiva de la lesión o metástasis

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. 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 infartos, trombosis.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la lesión, independiente de otros tratamientos complementarios que pudieran realizarse como radio o quimioterapia

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:

**SARCOMA DE PARTES BLANDAS**

**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).