



Consentimiento Informado para
Cirugía de Tumores Óseos
Malignos

Consentimiento Informado para Cirugía de Tumores Óseos Malignos

Consentimiento Informado para Cirugía de Tumores Óseos Malignos

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 **TUMOR ÓSEO MALIGNO.**

LUGAR / LADO.....

INFORMACIÓN

Toda masa presente en los huesos se denomina TUMOR OSEO el que puede ser benigno o maligno. En general el diagnóstico definitivo solo se logra con el estudio histológico de los tejidos obtenidos por biopsia.

Las alternativas de tratamiento serán específicas para cada caso las cuales se discutirán en el equipo de tumores óseos y son la Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia solas o combinadas

Mediante este procedimiento se pretende reseca o estabilizar el segmento óseo comprometido con la finalidad de lograr un control de la enfermedad.

Médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que posiblemente durante la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

El tratamiento quirúrgico de los tumores óseos malignos puede ser:

- A) Conservador cuyo objetivo es preservar la extremidad, para lo cual se extirpa totalmente el tumor y se reconstruye el defecto óseo con injerto que puede ser propio o de banco o con prótesis o una combinación de estas, además de la utilización de elementos de osteosíntesis (tornillos, placas, etc.)
- B) Cirugía Radical (amputación): Cuando por la extensión del tumor, compromiso de partes blandas o razones técnicas, es imposible la cirugía conservadora.

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 un adecuado resultado con las maniobras quirúrgicas, pudiendo llegar a requerir un nuevo procedimiento quirúrgico, o tratamiento complementario con quimio o radioterapia, 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:** Erosiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión, pérdida de fuerza muscular en el área, rigidez de las articulaciones adyacentes.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Alteración del crecimiento óseo, consolidación en mala posición, retardo de consolidación o pseudoartrosis, infección superficial o profunda, síndrome compartimental, distrofia simpático refleja, trombosis venosa, lesión neurovascular, recidiva local o a distancia (metástasis)
- **Complicación de los injertos:** Infección, fractura, no unión, reabsorción y aparición de articulación inestable
- **Complicación de las prótesis:** Infección, fractura, aflojamiento, desgaste, luxación y aparición de calcificaciones a su alrededor.
- **Infrecuentes y graves:** Recidiva local o a distancia del tumor, tromboembolismo pulmonar, shock hipovolémico, embolia grasa, fallecimiento.

El médico me ha explicado que la mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica en ocasiones 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 infarto, tromboembolismo, incluso la muerte.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la lesión ya otras alternativas terapéuticas, tienen peor pronóstico.

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: **TUMOR ÓSEO MALIGNO.**

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).