

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE SARCOMAS RETROPERITONEALES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Los tumores mesenquimales o sarcomas, son tumores poco frecuentes, que pueden aparecer en cualquier órgano o región corporal. Existen algunas localizaciones concretas, como el retroperitoneo o la pelvis, que implican una gran dificultad técnica para realizar la cirugía, puesto que en dichas regiones quedan implicados otros órganos importantes como el riñón, vena cava, aorta, músculos, nervios...

La intervención consiste en la extirpación lo más completa posible de la masa tumoral, mediante resección en bloque que incluya el tumor y también otras estructuras y órganos vecinos como por ejemplo, riñón, intestino grueso, músculo psoas, páncreas, bazo, estructuras nerviosas sensitivas o motoras vecinas ...

La cirugía se realiza habitualmente bajo anestesia general y los anestesiólogos suelen combinar dicha anestesia con otras técnicas para mejora del dolor postoperatorio.

En la mayoría de los casos se requerirá la reconstrucción del tránsito digestivo mediante anastomosis (es decir, la conexión quirúrgica entre dos estructuras), pero en algunos casos se puede precisar una ostomía (esto es, la apertura creada en el abdomen que permite que las heces o la orina salgan al exterior). La resección de pared abdominal puede requerir de una reparación protésica con mallas y la resección vascular precisará de reconstrucción mediante injertos vasculares.

Cabe la posibilidad de que tener que modificar o interrumpir la intervención prevista, ante la imposibilidad de extirpar el tumor, bien porque la enfermedad esté más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas.

En algunos casos después de la cirugía, o incluso durante la misma, puede necesitar otros tratamientos como radioterapia y/o quimioterapia, en función del estadio tumoral.

La finalidad del procedimiento es conseguir unos márgenes de resección libres de enfermedad bien con intención curativa, bien para evitar la recidiva local o la progresión tumoral y, en ciertas ocasiones, puede tener una finalidad paliativa para impedir complicaciones como la obstrucción intestinal, sangrado, perforación etc.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Por su tamaño (a menudo son muy grandes), extensión y localización, precisan grandes incisiones que conllevan grandes heridas y cicatrices.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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, que pueden ser:

Riesgos frecuentes relacionados con herida quirúrgica:

- Infección.
- Apertura de los puntos de sutura.
- Fístulas temporales o permanentes.
- Intolerancia a los materiales de sutura, que pueden precisar reintervención para su extracción.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Aumento (hiperestesia) o disminución (hipoestesia) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).
- Cicatrices anormales y/o defectos estéticos derivados.
- Pérdida de líquido linfático (linforrea) de duración imprevisible.
- Edemas en una o ambas piernas y en escroto.

Riesgos menos frecuente y más graves:

- Síndrome de disfunción multiorgánica que puede requerir tratamiento específico, incluso el éxitus.
- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar.
- Infección generalizada (sepsis).
- Reacciones adversas a fármacos administrados en pre, intra o postoperatorio.
- Obstrucción intestinal.
- Lesión de estructuras anatómicas del campo operatorio (viscerales, que pueden provocar fistulización, pancreatitis o peritonitis), o de pared abdominal (necrosis, evisceración, eventración).
- En función de los órganos resecaados puede ser necesaria: la confección de una colostomía, cambios en ritmo intestinal, necesidad de insulina o fuga pancreática.
- Neumotórax o derrame pleural que precise drenaje.
- Parestesias (sensaciones anormales de picor, quemazón..) o anestesia (falta de sensibilidad táctil, térmica o dolorosa) en abdomen o miembros inferiores.
- Parálisis muscular por lesión nerviosa, como dificultad en extender la rodilla, entre otras.
- Trastornos circulatorios, edema o isquemia de miembro inferior.
- Insuficiencia renal o suprarrenal aguda.

En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico (fármacos, sueroterapia, sonda nasogástrica, vesical, etc), y a veces se precisa la realización de otras pruebas, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia. De forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. A veces pueden ser alternativas a la técnica, en función del estadio tumoral, tratamientos como radio y/o quimioterapia.

AUTORIZACIÓN PARA “RESECCIÓN DE SARCOMAS RETROPERITONEALES”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Fdo. Paciente: