

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE TUMOR MALIGNO DE PARTES BLANDAS (SARCOMA)**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La intervención consiste en la extirpación quirúrgica del tumor, bajo anestesia, dejando, siempre que sea posible, márgenes suficientes de tejido sano, libre de afectación tumoral.

La indicación y tipo de cirugía estará consensuada en la mayoría de casos por un comité multidisciplinar que puede incluir cirujanos, traumatólogos, oncólogos o radiólogos entre otros especialistas.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia más adecuado en su caso.

La extensión de la extirpación quirúrgica será mayor o menor en función de las características celulares del tumor, tamaño, localización y afectación de múltiples estructuras (nervios, arterias, venas, hueso, etc.). En ocasiones, debido a la extensión del tumor o a la afectación de otras estructuras profundas, puede ser necesario (con el objetivo de realizar la extirpación completa del tumor), ampliar la resección prevista previamente. Por lo que puede precisarse la extirpación de todo un compartimento muscular o incluso la amputación de una extremidad, si los hallazgos durante la intervención así lo indican.

El objetivo es quitar el tumor para conseguir una mejor evolución de la enfermedad o incluso en ocasiones, llegar a la curación completa.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Cicatrices considerables que pueden llegar a dejar secuelas estéticas o incluso funcionales como por ejemplo, disminución o pérdida de movilidad o dolores crónicos.

### **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:

- Cicatrices de gran tamaño
- Hematoma, seroma, infección de herida.
- Dehiscencia de la herida (apertura de los bordes).
- Dolor prolongado e incluso crónico.
- Lesión de vasos, nervios, músculos o tendones de la zona.
- Síndrome compartimental (aumento de la presión en un compartimento muscular).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y graves consecuencias).
- Reacciones alérgicas locales o sistémicas.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Necesidad de nuevas intervenciones si la extirpación es incompleta, si se presenta recidiva (reaparición del tumor) , o si hay presencia de metástasis.
- Inflamación, alteraciones funcionales, alteraciones de la sensibilidad táctil (disminución o aumento), limitación de la movilidad, pérdida de fuerza muscular o rigidez de articulaciones cercanas.

La mayoría de estos problemas serán leves y podrán resolverse con tratamiento médico. Aunque es importante recordarle que cabe la posibilidad de que exista una complicación grave, que precise larga estancia Hospitalaria o incluso una reintervención quirúrgica. 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

A día de hoy, el tratamiento quirúrgico es la mejor opción y única con intención curativa por lo que en su caso es el más adecuado.

Otras alternativas podrían ser la quimioterapia y/o radioterapia para el control de la enfermedad.

### AUTORIZACIÓN PARA “ CIRUGÍA DE TUMOR MALIGNO DE PARTES BLANDAS (SARCOMA) ”

Yo, D./Dª \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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.



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*

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: