

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA TUMORAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cirugía consiste en quitar la parte dañada por la tumoración y proceder a su reparación. Según donde se localice el tumor, el tamaño y tipo, se tendrán que quitar también otras estructuras afectadas.

Tras la extirpación se reconstruye el defecto óseo que se ha producido. Si la zona resecada no debilita el hueso o este es prescindible no hace falta la reconstrucción. En el resto de los casos la reparación se hará con el uso de injertos que pueden ser propios, o de donantes, prótesis metálicas, material de osteosíntesis (clavos, placas, etc.) y/o el uso de partes (colgajos) músculo-fascio-cutáneos.

Es posible que durante la cirugía haya que cambiar el procedimiento previsto al inicio.

La finalidad principal de esta cirugía es quitar el tumor y reconstruir los defectos que ha causado. También conservar, en la medida de lo posible, un buen nivel funcional y anatómico.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la cirugía son:

- Fracturas o estallido del hueso que se manipula.
- Lesión de los vasos próximos.
- Complicaciones derivadas del implante de prótesis en caso de usarse (Infección, luxación, aflojamiento, malposición, etc.)
- Lesión de algún nervio, que puede producir disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esta puede ser temporal o definitiva.
- Resección del tumor insuficiente.
- Rigidez de la articulación.
- Que se afloje, se rompa o penetre en la articulación parte del material implantado (o usado durante la cirugía).
- Acortamiento, alargamiento o defectos de rotación del miembro operado.
- Complicaciones en la zona dadora de injerto (en caso de autoinjertos, de los homoinjertos o de otros sustitutivos óseos).
- Amputación de la parte del cuerpo afectado.
- Que vuelva a aparecer el tumor.
- Complicaciones en la piel (necrosis o muerte de la piel de la zona intervenida), que retrasa el proceso de curación.
- Algodistrofia simpático refleja (síndrome de dolor en la articulación).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión alrededor de algunos músculos).

- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y de forma ocasional riesgo de muerte).
- Complicaciones de vasos sanguíneos y nervios derivados del manguito de isquemia que mantiene la zona quirúrgica libre de sangre.
- Sangrado durante la cirugía o tras ella. A veces puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la sutura.
- Fístulas, permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

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. Otra alternativa a la técnica es:

- Curetaje.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA TUMORAL"

Yo, D./D^a _____, 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.

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: