

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CURETAJE DE TUMOR ÓSEO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE.

La intervención consiste en quitar la parte afectada por un tumor óseo benignos y en algún caso de tumor óseo de bajo grado de malignidad. Para eso se abre una ventana en la zona afectada del hueso y se hace una resección del interior con una cucharilla o instrumentos similares. Según el caso, la cavidad que resulta de la resección puede rellenarse o no.

El material de relleno puede ser injerto u otro tipo de sustitutivo óseo. A veces se puede usar un tratamiento local complementario (cemento, fenol, nitrógeno líquido, etc.) Otras veces se usan placas, tornillos, clavos, etc. para fortalecer el hueso.

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

La finalidad del procedimiento es quitar el tumor e impedir la evolución de la enfermedad.

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 técnica son:

- Lesión vascular.
- Lesión de algún nervio, que puede producir disminución de la sensibilidad o una parálisis. Esto puede ser temporal o definitivo.
- Que se afloje, se rompa o penetre en la articulación parte del material implantado o usado en la cirugía.
- Rigidez de articulaciones vecinas.
- Resección insuficiente o inadecuada (o diagnóstico imprevisto de malignidad), que obliga a una nueva y mayor resección.
- Reaparición de la enfermedad.
- Complicaciones en la zona dadora de injerto (en caso de autoinjertos), de los homoinjertos o de otros sustitutivos óseos.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula.
- Algodistrofia simpático refleja (dolor intenso y cambios de color en la piel).
- Síndrome compartimental (dolor muscular intenso por aumento de la presión alrededor de los músculos).
- Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y de forma ocasional riesgo de muerte).
- 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 que puede afectar al tejido óseo.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesias (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)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante
<input type="checkbox"/>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:

- Resección en bloque.

AUTORIZACIÓN PARA "CURETAJE DE TUMOR ÓSEO"

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: