

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES ÓSEOS

### 1. DATOS DEL PACIENTE

*Pegatina*

NOMBRE: .....

.....

D.N.I.: .....

### 2. DATOS DEL REPRESENTANTE

NOMBRE: ..... APELLIDOS: .....

D.N.I.: .....

VINCULACIÓN CON EL PACIENTE

Familiar o vinculado de hecho

Representante legal

### 3. DATOS DEL MÉDICO

*Sello facultativo*

NOMBRE: .....

.....

Nº COLEGIADO: .....

### 4. DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN

Deseo ser informado de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar:

SI

NO

Deseo que la información de mi enfermedad y/o de las intervenciones que me vayan a realizar, le sea proporcionada a D./Dña .....

## **5. PROCESO ASISTENCIAL**

### **5.1. PROCEDIMIENTO**

Consiste en el aislamiento de la tumoración y su extirpación.

El propósito principal de la operación consiste en intentar que desaparezca o disminuya la sintomatología dolorosa o compresiva que provoca, así como el diagnóstico del mismo. Su estudio celular permitirá tipificarlo en un proceso benigno o maligno.

El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole del tipo de anestesia que precisará.

Puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de complicaciones. También puede ser necesaria la realización de transfusiones sanguíneas. En ese caso, se le informará de los riesgos de las mismas.

Como usted ya sabe, está siendo atendido en un Hospital que tiene reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas, los cuales participarán activamente en su asistencia debidamente tutelados por sus docentes.

### **5.2. CONSECUENCIAS SEGURAS**

Si del resultado del análisis de la pieza extirpada se obtiene un diagnóstico de malignidad, pueden ser necesarios otros tratamientos (radioterapia, quimioterapia o nueva cirugía). Precisaré una revisión periódica a lo largo de toda la vida más frecuente durante los cinco primeros años y posteriormente al menos una vez al año, siempre que no haya síntomas de recidiva.

Tras su extirpación puede ser necesario estabilizar el hueso con clavos, placas tornillos, fijadores externos, o bien añadir hueso que puede ser del propio paciente o de un banco de tejidos.

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algún tiempo.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. En ocasiones será necesaria la inmovilización yeso. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

### **5.3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS**

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la exéresis de la tumoración de ..... del lado..... son:

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

- Lesión de vasos de la extremidad.

- Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.

- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.

- Infección de la herida.
- Rigidez de las articulaciones adyacentes, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación del miembro (atrofia ósea).
- Reaparición o recidiva de la tumoración.
- A pesar del correcto tratamiento, si el tumor es maligno puede ser necesaria la amputación, existiendo aun así el riesgo de que aparezca la colonización de las células en otras partes (metástasis).
- Complicaciones en relación a los injertos: infección, fractura, falta de unión, reabsorción del injerto y aparición de una articulación inestable.
- Complicaciones de las prótesis: infección, fractura, aflojamiento de la prótesis, desgaste, luxación y aparición de calcificaciones alrededor de la prótesis.
- Complicaciones de la quimioterapia: náuseas, vómitos, caída del cabello, disminución del número de las células de la sangre (anemia, predisposición a infecciones y predisposición a hemorragias).
- Complicaciones de la radioterapia: cansancio, alteraciones de la piel y de los tejidos cercanos al área de irradiación y aparición de un segundo tumor sobre la zona en donde la radioterapia se ha aplicado.

#### **5.4. RIESGOS PERSONALIZADOS**

Por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar:

- Que no existan riesgos personalizados.
- Que existan los siguientes riesgos:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **5.5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

Los tumores benignos no siempre necesitan ser extirpados ya que algunos pueden desaparecer con el paso del tiempo, necesitando solamente una actitud expectante. Las lesiones quísticas del hueso pueden ser tratadas con infiltraciones de corticoides. El resto precisa tratamiento quirúrgico.

#### **5.6. CONTRAINDICACIONES**

En el caso de aparición de una infección activa o de un embarazo la cirugía estaría contraindicada. Si de ahora en adelante precisa medicación anticoagulante o para suprimir las defensas (inmunosupresores) o le aparecieran nuevas enfermedades, deberá comunicarlo con antelación.

## **6. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

### **DECLARO**

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hoja/s adjunta/s que contienen la información clínica

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial de exéresis de la tumoración ósea

En Segovia, a ..... de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....

## **7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

He decidido revocar mi anterior autorización

En Segovia, a ..... de.....de 20.....

EL PACIENTE / REPRESENTANTE

EL MÉDICO

Fdo.....

Fdo.....