

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE TUMORES ÓSEOS MALIGNOS**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Toda masa presente en los huesos se denomina TUMOR OSEO el que puede ser benigno o maligno. En general el diagnóstico definitivo solo se logra con el estudio histológico de los tejidos obtenidos por biopsia.

Las alternativas de tratamiento serán específicas para cada caso las cuales se discutirán en el equipo de tumores óseos y son la Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia solas o combinadas.

Mediante este procedimiento se pretende reseca o estabilizar el segmento óseo comprometido con la finalidad de lograr un control de la enfermedad.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

En ocasiones puede ser necesario modificar la técnica si no se logra un adecuado resultado con las maniobras quirúrgicas, pudiendo llegar a requerir un nuevo procedimiento quirúrgico, o tratamiento complementario con quimio o radioterapia, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

El tratamiento quirúrgico de los tumores óseos malignos puede ser:

- Conservador cuyo objetivo es preservar la extremidad, para lo cual se extirpa totalmente el tumor y se reconstruye el defecto óseo con injerto que puede ser propio o de banco o con prótesis o una combinación de estas, además de la utilización de elementos de osteosíntesis (tornillos, placas, etc.)
- Cirugía Radical (amputación): Cuando por la extensión del tumor, compromiso de partes blandas o razones técnicas, es imposible la cirugía conservadora.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda,

embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Erosiones cutáneas
- Dolor prolongado en la zona de la lesión
- Pérdida de fuerza muscular en el área
- Rigidez de las articulaciones adyacentes.

Poco frecuentes y de mediana gravedad:

- Alteración del crecimiento óseo
- Consolidación en mala posición
- Retardo de consolidación o pseudoartrosis
- Infección superficial o profunda
- Síndrome compartimental
- Distrofia simpático refleja
- Trombosis venosa
- Lesión neurovascular
- Recidiva local o a distancia (metástasis)

Complicación de los injertos: Infección, fractura, no unión, reabsorción y aparición de articulación inestable

Complicación de las prótesis: Infección, fractura, aflojamiento, desgaste, luxación y aparición de calcificaciones a su alrededor.

Infrecuentes y graves:

- Recidiva local o a distancia del tumor
- Tromboembolismo pulmonar
- Shock hipovolémico
- Embolia grasa
- Fallecimiento

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, a veces de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente.

En su caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la lesión, independiente de otros tratamientos complementarios que pudieran realizarse como radio o quimioterapia.

Completar:

LUGAR _____

LADO _____

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía de Tumores Óseos Malignos** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE TUMORES ÓSEOS MALIGNOS, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)