

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN TUMOR DE PARTES BLANDAS
SUPUESTAMENTE BENIGNO**

1. ¿Qué es? Es una intervención quirúrgica para tratar un tumor de partes blandas cuyo propósito principal es curar la enfermedad, o, en casos aislados, paliar sus síntomas.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste, dependiendo de la naturaleza del tumor, tamaño y localización, en extirpar el tumor y reconstruir el defecto dejado por la resección. La resección puede obligar al sacrificio de estructuras anatómicas y a déficits irreversibles. La reconstrucción incluye la cobertura de las partes blandas (que puede ser compleja y realizada por el Servicio de Cirugía Plástica). Excepcionalmente precisaría de tratamientos complementarios.

Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

- a. Dolor postquirúrgico en el área intervenida
- b. Pérdida de fuerza.
- c. Pérdida de la movilidad de la articulación
- d. Edema al retirar el vendaje postquirúrgico. En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia, o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos, puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimiento, ampollas...).
- e. Cicatriz del abordaje quirúrgico
- f. recidiva local especialmente en gangliones y Tumor de Células gigantes de la mano.

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

- a. Complicaciones de la herida quirúrgica (seromas, hematomas, infecciones, necrosis, cicatriz hipertófica).
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Aflojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.
- e. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- f. Resección con márgenes inadecuados o diagnóstico imprevisto de malignidad, que obliga a una nueva y mayor resección y a la posibilidad de precisar tratamientos complementarios.
- g. Reparición o malignización del tumor.
- h. Dolor residual.
- i. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck (síndrome doloroso regional complejo).
- j. Síndrome compartimental.
- k. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- l. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia.

4. Consecuencias previsibles de su realización: curar la enfermedad, o, en casos aislados, paliar sus síntomas.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: no se logra curar la enfermedad, ni paliar sus síntomas.

6. Alternativas: se puede realizar una observación o vigilancia del tumor, que puede contemplarse, en algún caso, y que no evita la posibilidad de que la lesión resulte de una naturaleza diferente a la inicialmente supuesta. De cualquier forma, las decisiones se toman en equipos multidisciplinares.

7. Riesgos en función de su situación: toda intervención quirúrgica, y por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto, médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales