

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE TUMOR CUTÁNEO MALIGNO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El tratamiento consiste en extirpar el tumor y reconstruir el defecto resultante por medio de granulación, aproximación de bordes, colgajo cutáneo aprovechando la piel de vecindad o injerto de piel de otra parte del cuerpo. Para la realización del mismo es necesaria la administración de anestesia local o general, en cuyo caso el paciente será valorado por el Servicio de Anestesia.

Tras extirpar el tumor, la pieza es examinada por el Laboratorio de Anatomía Patológica para confirmar el diagnóstico y comprobar que los bordes de la pieza operatoria están libres de lesión.

Puede ser que ya existan o que aparezcan metástasis (propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició), en los ganglios linfáticos o en otros órganos, por lo que pueden ser necesarias intervenciones periódicas y pruebas complementarias.

La finalidad es eliminar el tumor, que puede producir metástasis o disminuir el tamaño para evitar complicaciones locales y facilitar la aplicación de otras modalidades terapéuticas.

La no realización de este procedimiento puede conllevar al aumento del tamaño de la lesión, con mayor o menor velocidad según el tipo de lesión, y en algún caso a la extensión tumoral a otras localizaciones.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Tras la extirpación del tumor quedará una cicatriz.

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 intervención son:

- Que queden restos de células del tumor en los bordes de la pieza operatoria.
- La persistencia o la recidiva del tumor (reaparición del tumor tras un periodo más o menos largo de ausencia de enfermedad), por lo que puede necesitar otras intervenciones u otras medidas terapéuticas para controlar, no solo los resultados de la operación, sino también la posible aparición de otro tumor de piel.
- Sangrado.
- Dolor.
- Infección de la herida.
- Alteraciones locales de la sensibilidad de la zona (pérdida, acorchamiento, hormigueo) o en la pigmentación (hipo o hiperpigmentaciones).
- Reacción alérgica a los anestésicos y/o materiales utilizados.
- En caso de emplear anestesia local se pueden producir reacciones de hipersensibilidad, hipotensión por paso rápido a sangre, convulsiones y otras situaciones que de forma general se pueden solucionar.
- Cicatrización anómala.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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. Otras alternativas a la técnica son:

- Crioterapia (consiste en aplicar un producto químico muy frío para congelar y destruir el tejido enfermo).
- Electrocoagulación (técnica en la que se utiliza corriente eléctrica para destruir los tejidos).
- Radioterapia (uso de rayos X u otras radiaciones para destruir las células cancerosas).
- Citostáticos intralesionales (sustancias utilizadas para frenar el crecimiento de las células cancerosas).
- Láser CO2.
- Inmunomoduladores tópicos (sustancias que, en contacto con algunos tumores de piel, destruyen el tejido enfermo).
- Terapia fotodinámica (destrucción de lesiones de piel con el uso de sustancias sensibles a la luz y una lámpara de rayos infrarrojos).
- Quimioterapia.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE TUMOR CUTÁNEO MALIGNO"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me 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 padezco, 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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de Dermatología

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: