

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOTERAPIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en aplicar frío extremo en la lesión cutánea a tratar (verrugas, manchas solares o queratomas actínicos). Normalmente se utiliza nitrógeno líquido u otro agente congelante elegido, con spray, torunda de algodón o por medio de diversos tipos de sondas. Este tratamiento provoca la destrucción de las células afectadas sin dañar el tejido sano que envuelve la lesión.

Al cabo de unas horas, el área tratada se inflama y es posible que aparezcan ampollas, (que pueden contener sangre, sobre todo en el caso de pacientes anticoagulados o antiagregados) e incluso necrosis celular (piel muerta) sobre la zona tratada. Esta inflamación baja en 2 o 3 días y las células muertas desaparecen al cabo de unas 2 a 4 semanas.

No debe exponerse al sol después de la intervención, salvo breves periodos de tiempo y siempre con protección solar.

La finalidad de la técnica es eliminar una lesión cutánea o un tumor benigno o maligno. También es eficaz como tratamiento paliativo del cáncer cutáneo inoperable.

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 como:

- Dolor local.
- Alteraciones en la coloración de la piel.
- Cicatrización anómala.
- Edemas (hinchazón) de partes blandas.
- Parestesias (sensaciones anómalas de hormigueo o adormecimiento).
- Retracciones de los tejidos.
- Infecciones.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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

La crioterapia está contraindicada en pacientes con:

- Urticaria por frío.
- Crioglobulinemia (presencia de proteínas anormales en la sangre que se vuelve espesa a temperaturas frías).
- Crioibrinogenemia (causa poco común de lesiones inducidas por frío).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamientos tópicos (en la piel).
- Electrocoagulación.
- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA "CRIOTERAPIA"

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: