

## **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"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



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

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General  
y Digestiva*

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: