

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXÉRESIS DE LESIONES PERIANALES (CONDILOMAS, ABSCESOS, APÉNDICES CUTÁNEOS, QUISTES, ETC.)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La exéresis está indicada en lesiones de la piel próxima al ano como condilomas (verrugas genitales), abscesos (acumulaciones de pus), quistes (cavidades anormales que contiene líquido), melanomas (cáncer de la piel), etc.

Aunque la técnica quirúrgica puede variar dependiendo de lo que haya que extraer, en general se practica una incisión en la piel del periné, se localiza la lesión y se recorta en su totalidad, siendo necesario, en ocasiones, eliminar parte de los tejidos vecinos. En función de la extensión del defecto cutáneo realizado, el cierre se puede llevar a cabo mediante granulación, aproximación de los bordes o colgajo cutáneo. En ocasiones, los hallazgos intraoperatorios de la pieza quirúrgica pueden requerir que se modifique el procedimiento previsto en un principio.

En casos seleccionados, esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía. A veces, previo consentimiento del paciente, el tratamiento puede llevarse a cabo bajo anestesia local en la consulta de cirugía el mismo día de la primera visita médica y ser repetido, en caso necesario, hasta la resolución total de la lesión.

Con el fin de establecer y/o confirmar el diagnóstico clínico, puede ser necesario realizar el estudio de la pieza operatoria en el laboratorio de Anatomía Patológica.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos informará el anestesiólogo.

La finalidad es extirpar la lesión cutánea en su totalidad, dejando la mínima cicatriz posible y sin dañar el tejido sano de alrededor.

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, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Infección o sangrado de la herida.
- Acúmulo de sangre (hematoma) o líquido transparente (seroma).
- Alteraciones de la cicatrización de la herida quirúrgica (aumento o disminución del color de la piel, cicatrices retráctiles, queloides).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección importante.
- Márgenes de exéresis insuficientes.
- Reproducción de la lesión.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

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

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “EXÉRESIS DE LESIONES PERIANALES (CONDILOMAS, ABSCESOS, APÉNDICES CUTÁNEOS, QUISTES, ETC.)”

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.



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*

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: