

Consentimiento informado para cirugía del cáncer cutáneo

INSTRUCCIONES

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por la Sociedad

Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre la(s) cirugía(s) del cáncer cutáneo, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley General de Sanidad publicada en el BOE del 29-4-86 - nº 102, aptdo.

6 del artículo 10, que dice textualmente: "... siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención...."

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

INTRODUCCION

La extirpación quirúrgica del cáncer de piel es un procedimiento realizado frecuentemente por los cirujanos plásticos. Puesto que el cáncer de piel no desaparece espontáneamente, la extirpación quirúrgica es una opción de tratamiento. Existen diferentes técnicas para extirpar los cánceres de piel. Pueden necesitarse varios procedimientos quirúrgicos para la reconstrucción después de la extirpación de un cáncer cutáneo.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Las formas alternativas de manejo incluyen el no tratar el cáncer cutáneo, la radioterapia, el uso de medicaciones aplicadas al cáncer cutáneo, y la destrucción por técnicas no quirúrgicas.

Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados con las formas alternativas de tratamiento del cáncer de piel.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DEL CANCER CUTANEO

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados. Existen tanto riesgos como complicaciones asociados a la extirpación quirúrgica del cáncer cutáneo.

Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la cirugía del cáncer cutáneo.

Sangrado. Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado.

Infección. La infección después de este tipo de cirugía es rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.

Cicatrización. Cualquier cirugía deja cicatrices, algunas más visibles que otras. Aunque se espera una buena curación de la herida después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color más oscuro que el de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles por las suturas utilizadas para cerrar la herida después de la extirpación del cáncer cutáneo. Existe la posibilidad de que las cicatrices puedan limitar el movimiento y la función.

Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.

Lesión de estructuras profundas. Estructuras profundas tales como nervios, vasos sanguíneos y músculos pueden ser dañados durante el curso de la cirugía. La posibilidad de que esto ocurra varía según la región del cuerpo donde se realiza la cirugía. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.

Diseminación sistémica del cáncer de piel. Ciertos tipos de cáncer cutáneo pueden extenderse a otras áreas del cuerpo. Dependiendo del tipo de célula y grado de invasión del cáncer de piel, puede ser necesaria cirugía adicional o tratamiento de cáncer.

Recurrencia del cáncer de piel. En situaciones raras, los cánceres de piel pueden recurrir después de la escisión quirúrgica. Puede necesitarse tratamiento adicional o cirugía secundaria.

Resultado pobre. Existe la posibilidad de un resultado pobre en la extirpación del cáncer cutáneo. La cirugía puede resultar en deformidades visibles inaceptables, pérdida de función, apertura de la herida, muerte de piel, o pérdida de sensibilidad. Incluso aunque el cáncer de piel se haya eliminado satisfactoriamente, usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía reconstructiva.

Reacciones alérgicas. En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Ineficacia de los cortes por congelación. Las técnicas de cortes congelados utilizados para determinar la patología del tejido y asegurar la extirpación completa del tumor pueden ser inexactas. Es posible que un análisis posterior de tejido identifique que pueda haber una extirpación incompleta del cáncer de piel, o determinar la presencia de una patología tisular diferente. Puede ser necesaria cirugía adicional si se determina que la extirpación del cáncer cutáneo ha sido incompleta.

Anestesia. Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

NECESIDAD DE CIRUGIA ADICIONAL

Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos.

Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la extirpación del cáncer cutáneo. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

1. Por la presente autorizo al Dr. _____ y a los ayudantes por él seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos.

Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.

7. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:

a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.

b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O METODOS DE TRATAMIENTO.

c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO.

Yo,

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-7). ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACION.

Firma del paciente o persona autorizada

D.N.I. _____

Fdo. Dr. _____

Nº Colegiado _____

Fecha: de de

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha ò ò ò ò ò ò ò ò ...,y no deseo proseguir el tratamiento que doy con ésta fecha finalizado.

Firma del paciente

D.N.I.ò ò ò ò ò ò ò ò ò ..

Fdo. Dr. ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò

Nº Colegiado ò ò ò ò ò ò ò ò ..

Fecha: de de