



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Cáncer De Piel

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Cáncer De Piel**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Cáncer De Piel

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para **CIRUGÍA DE CÁNCER DE PIEL.**

## **INTRODUCCIÓN**

La extirpación quirúrgica del cáncer de piel es un procedimiento realizado frecuentemente por los cirujanos oncológicos. 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 CIRUGÍA DEL CÁNCER CUTÁNEO**

Cualquier procedimiento quirúrgico lleva 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 complicaciones, estas pueden presentarse:

### **1. 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.

### **2. Infección:**

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

### **3. 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.

#### 4. 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.

#### 5. 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.

#### 6. 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 (también llamada necrosis), que puede ser pequeña o extensa, 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.

#### 7. Reacciones Alérgicas:

En casos raros se han descrito alergias locales al apósito, 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.

#### 8. 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 CIRUGÍA 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.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**CIRUGÍA DE CÁNCER DE PIEL.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).