



CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA DE MOHS



*Rote la pantalla del dispositivo
para leer cómodamente*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA DE MOHS

Conociendo que la práctica médica, anestésica, y procedimientos, no son ciencias exactas, igualmente se conoce que todo procedimiento médico, sea de carácter diagnóstico o terapéutico, implica eventuales riesgos, complicaciones y efectos colaterales y adversos (riesgos previstos e imprevistos) como en cualquier actividad de la vida diaria. La probabilidad de que ocurra uno de estos eventos depende de la condición médica previa del paciente (que en algunas ocasiones se puede conocer y en otras no), de la naturaleza del procedimiento y de las técnicas usadas. Estos efectos adversos o colaterales pueden presentarse en la sala de procedimientos, en la unidad de recuperación, o en la casa, horas o días después.

A) ¿EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y CUÁL ES SU FINALIDAD?

Cirugía micrográfica de Mohs: la Cirugía Micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica desarrollada para tratar diferentes tipos de cáncer de piel, y que a través de los años ha tenido importantes avances que la han posicionado como el mejor tratamiento disponible para el manejo de la mayoría de estos tumores cutáneos. La cirugía recibe el nombre de "micrográfica" porque en el mismo acto quirúrgico se realiza una evaluación al microscopio de todos los márgenes del tumor ("micro") con un mapa detallado de la orientación del tumor ("gráfico"). Esto con el propósito de hacer más precisa la remoción del tejido que está comprometido, y a su vez con el fin de respetar al máximo la piel sana a su alrededor.

Descripción del procedimiento

La cirugía se inicia delimitando la lesión. Posteriormente se realiza la resección del tumor con bisturí y la ubicación de éste en un mapa quirúrgico. El tejido se lleva inmediatamente al laboratorio para ser procesado y visto al microscopio en el mismo momento de la cirugía. Si se observa aún tumor, el proceso se repite tantas veces sea necesario hasta observar el aclaramiento de la lesión o hasta que las condiciones del procedimiento lo permitan. Cuando ya no se observe tumor al microscopio, se realiza la reconstrucción inmediatamente (en la gran mayoría de los casos).

B) ENUNCIACIÓN DE LOS RIESGOS, COMPLICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS O COLATERALES COMUNES Y PREVISIBLES DEL PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE MOHS

Todo procedimiento implica efectos colaterales y adversos (riesgos previstos e imprevistos) como en cualquier actividad de la vida diaria. La probabilidad de que ocurra uno de estos eventos depende de la condición médica del paciente, que es completamente individual y allí estarían incluidos factores de predisposición como: edad, cirugías y enfermedades previas, antecedentes genéticos, hábitos y nutrición, esta condición a veces puede detectarse con los exámenes de rutina, pero en otras oportunidades no.

Riesgos y complicaciones de la anestesia

Este procedimiento requiere de una anestesia local, sedación o anestesia general la cual conlleva siempre a un riesgo menor que justifica su uso, los riesgos y las consecuencias potenciales más graves pueden estar relacionados con: dolor, cambios en la

presión arterial, reacciones adversas a los medicamentos utilizados, problemas respiratorios, posibles accidentes cerebro vasculares, también se puede presentar hipoxia, arritmias y flebitis.

Riesgos y complicaciones del procedimiento de cirugía de mohs

Generalmente, la **cirugía de mohs** es un procedimiento bien tolerado si es realizado por médicos bien entrenados y con experiencia. Los riesgos que podrían derivarse del procedimiento pueden ser entre otros: dolor, infección, sangrado, reacciones alérgicas, lesiones transitorias o permanentes de nervios, trombos en venas, pulmones o cerebro, infarto e incluso la muerte. También me han informado que después de la cirugía pueden aparecer problemas adicionales como mala cicatrización de la piel, alteraciones funcionales de órganos regionales como párpados, alas nasales y labios e incluso la recurrencia de la lesión que se me va a tratar. Declaro expresamente que los asumo. A pesar de estos riesgos mi médico tratante me ha informado ampliamente sobre los beneficios y estos son mayores a los riesgos que puedan presentarse. Algunos pacientes pueden sufrir una reacción adversa a los medicamentos que pueden desencadenar reacciones alérgicas desde leves hasta graves e incluso aunque es poco probable la muerte por shock anafiláctico.

C) DECLARACIÓN DE COMPROMISO Y ASUNCIÓN DE LOS EVENTUALES RIESGOS Y COMPLICACIONES

1. Manifiesto que he comentado en forma verídica al Médico todo lo relacionado con mis antecedentes importantes, patologías,

reacciones alérgicas, cirugías y medicamentos consumidos.

2. Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado quirúrgico o cura de mi condición y me han informado otras alternativas como son: el manejo expectante (esperar a que la lesión siga creciendo) o resección convencional (en donde se extrae un tejido muy grande de piel buscando garantizar los bordes libres de lesión), y libremente escojo la cirugía de Mohs.
3. Se me explicó y he comprendido que puedo presentar cualquier complicación en medio del procedimiento que cause complicaciones severas o incluso muerte. Yo entiendo que, si se presentan estos cambios o respuestas inesperadas, también se presentarán cambios en las conductas de manejo que fueron instaladas para mi cuidado, y que en este caso el médico realizará medidas para mi seguridad como primera prioridad.
4. La naturaleza y efectos del procedimiento, los riesgos y complicaciones que se pueden presentar, así como métodos alternativos de tratamiento, me han sido plenamente explicados por el Doctor y en ese sentido manifiesto haber comprendido lo expuesto.
5. El tejido obtenido durante el acto quirúrgico será procesado en el laboratorio de este mismo Centro Especializado en Cirugía de Piel o en algunas ocasiones, en otros laboratorios de Patología o Inmunohistoquímica, según el médico considere lo más apropiado para mi caso.

6. Autorizo que se me tomen fotografías para poder realizar el mapa quirúrgico en las cirugías de Mohs, para publicaciones médicas y/o con fines de enseñanza en talleres, charlas y congresos, siempre y cuando se mantenga mi privacidad.
7. Por normas sanitarias, en caso de que el médico o el personal presente que colabora en la cirugía sea expuesto accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales, (por ejemplo, al lastimarse con una aguja que tiene mi sangre), se me realizará lo más pronto posible, pruebas para descartar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y el virus de hepatitis B.
8. Autorizo a **Aurora Centro Especializado en Cáncer de Piel** para que personal médico con fines educativos puedan estar presentes durante el procedimiento que se me va a realizar. Aunque he dado este permiso, se entiende que toda mi información se mantendrá confidencial.
9. También acepto seguir todas las indicaciones que me han dado para el cuidado después del procedimiento, cumplir con las incapacidades que esto conlleva y practicar todos los cuidados que me han explicado para colaborar con el buen resultado del procedimiento.

D) ACEPTACIÓN DEL EXAMEN O PROCEDIMIENTO

Yo, en nombre del paciente identificado como aparece en el encabezado de la versión digital de este documento para firma electrónica, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, después de que me fue informado y explicado (verbalmente y por escrito) el procedimiento de **CIRUGÍA DE MOHS** las

precauciones para la realización del mismo, sus eventuales riesgos, complicaciones y efectos previsibles; **MANIFIESTO Y DECLARO** libre y espontáneamente sin ningún tipo de apremio o coacción que otorgo en forma libre mi consentimiento al doctor(a) de quien recibo la atención de mi actual enfermedad y cuyo nombre aparece al final de este documento para que por su intermedio y en el ejercicio legal de su profesión como Médico con el concurso de personal asistente y/o auxiliar y demás profesionales requeridos se me practique el procedimiento denominado **CIRUGÍA DE MOHS**.

Entiendo que durante el procedimiento se pueden presentar circunstancias no previstas o fortuitas que ameritan por mi bienestar tomar otras medidas o realizar otras acciones, por lo que doy libertad al profesional médico y al personal auxiliar y de asistentes, para decidir lo que a su juicio me convenga. Yo autorizo al Doctor(a) en mención a realizar cualquier otro procedimiento que él pueda considerar necesario para proveer la condición establecida, o para afrontar cualquier condición patológica inesperada que puede ser encontrada durante el procedimiento. La naturaleza y propósito de mi manejo médico me ha sido explicado y lo he comprendido. He tenido la oportunidad de plantear las dudas e inquietudes que me han surgido, de hacer preguntas que me han sido adecuadamente respondidas. Así mismo, manifiesto que se me ha explicado y entiendo que me puedo retractar del acto de consentimiento que he otorgado en cualquier momento antes de dar inicio al examen o procedimiento.

Certifico que he leído la anterior autorización, que las explicaciones fueron hechas a mi entera satisfacción, y que comprendí

plenamente tales explicaciones y la anterior autorización. Por tanto, en pleno uso de mi capacidad y de forma voluntaria, asumo las consecuencias de mi decisión sobre la realización o negación del procedimiento - según se firme **SI ACEPTO** o **RECHAZO EL PROCEDIMIENTO**. Queda entendido que yo asumo a mi propio riesgo la(s) complicación(es) que se pudieran generar de mi decisión y por lo tanto exonero al médico tratante y a la Institución de la responsabilidad que acarrea la aparición del(los) riesgo(s) y/o consecuencia(s) previsto(s).

OBSERVACIONES

1. Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.
2. El presente documento se encuentra en una plataforma digital para su firma electrónica. Al paciente o tutor legalmente constituido se le entrega este texto para que lo lea previamente al procedimiento y el día de la cirugía o unos días antes lo debe firmar mediante mecanismo electrónico.
3. La ausencia de firma implícitamente interpreta como disenso a realizarse el procedimiento descrito en este documento, por tanto es obligatorio firmarlo si el paciente efectivamente acepta los riesgos y condiciones mencionados para poder hacer el procedimiento.

4. El personal de la Clínica le dará indicaciones sobre cómo realizar el registro de firma electrónica mediante dispositivo y softwares diseñados para tal fin.



CONECTÉMONOS
Clic en el ícono





Cuidamos el planeta a través de pequeñas cosas:
no imprimimos documentos sin ser necesario.

PBX: (604) 444 3527 Ext. 121

Procedimientos o cirugías: 315 361 6676

Retiro de puntos: 316 442 5515

Programación consulta: 305 291 2287 - 323 225 2247

Cra. 46 #7-12 y Calle 7 #45-29

Patio Bonito – Poblado, Medellín, Colombia

info@clinicaaurora.co - programacioncirugia@clinicaaurora.co

www.clinicaaurora.com.co / virtual.clinicaaurora.com.co