

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES:
“CRIOCIRUGÍA”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: [***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***](https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento)

**Objetivos del Procedimiento:**

El Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me ha explicado completamente la naturaleza de la enfermedad y los fines de la criocirugía. El objetivo del tratamiento es congelar y destruir las lesiones a tratar, respetando en lo posible el tejido sano circundante.

**Descripción del Procedimiento:**

La crioterapia es una técnica que utiliza el frío extremo (nitrógeno líquido: -196ºC) para el tratamiento de lesiones cutáneas. Este procedimiento logra la congelación y destrucción de las células anormales de la piel y se utiliza para eliminar diferentes lesiones cutáneas tanto benignas (léntigos solares, queratosis seborreica, queratosis actínica, queloides, verrugas, etc.) como malignas (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular *in situ*, etc.). En algunos casos es necesario el uso de anestesia local infiltrativa.

**Riesgos:**

Asimismo he sido informado de los beneficios, complicaciones, molestias concomitantes y riesgos que pueden producirse. La crioterapia suele implicar un mínimo riesgo de complicaciones y efectos secundarios, como dolor que es habitualmente leve y bien tolerado. Existe un cierto riesgo de formación de cicatrices. Otros efectos secundarios son: la formación de ampollas, sangrado, infección y alteración en la coloración de la piel (máculas hipocrómicas). Posibles reacciones alérgicas a la anestesia local infiltrativa.

**Alternativas Al Procedimiento Propuesto:**

Dependiendo de la patología a tratar existen ciertas alternativas, como por ejemplo electro fulguración y curetaje, ampliación quirúrgica de margen, luz pulsada intensa, *láser* y terapia fotodinámica.

**Mecanismo Para Solicitar Más Información:**

Se me señala además que puedo solicitar más información cuando lo requiera con Médico y/o Enfermero(a) pertenecientes al policlínico de Dermatología. Cabe destacar que la decisión puede ser cambiada si así lo cree necesario, después de haber firmado.