

Consentimiento informado de pérdida de la sustancia con colgajos locales

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

¿Qué le vamos hacer?

1. Descripción del procedimiento

En que consiste: La cirugía de reconstrucción con colgajos tisulares (de tejidos) consiste en la movilización de piel con tejido subcutáneo, vasos sanguíneos, y músculo o hueso de otra parte del cuerpo hasta el lugar donde se sitúa la zona dañada.

Cómo se realiza: Existen diferentes técnicas en función del daño y de la zona afectada. En general se traslada la piel, fascia, músculo o una combinación de todas ellas, incluyendo su propio aporte sanguíneo, para reparar un defecto que deja expuesto tejidos nobles (hueso, tendón o nervio) o material de osteosíntesis (prótesis), cubrir con tejidos de buena calidad una zona que precisa ser posteriormente intervenida o bien recuperar una función perdida (nerviosa, muscular o tendinosa).

En el curso de la operación pueden surgir condiciones no previstas, que hagan necesario un cambio en lo planeado, siendo necesarios otros tratamientos o la realización de procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc. Para su realización puede ser necesaria la ayuda de otros especialistas.

Cuánto dura: El procedimiento dura entre.... y.... horas, pudiéndose prolongar en función de los hallazgos intraoperatorios.

2. Qué objetivo persigue: Cubrir el defecto de tejido, restaurar la sensibilidad y función de la zona dañada.

¿Qué riesgos tiene?

1. Riesgos generales:

- Cicatriz lineal en la zona donante, si se ha realizado un cierre directo, o una placa cicatricial, si se ha colocado un injerto.
- Molestias funcionales en la zona donante que en general se compensan sobre todo en los colgajos musculares. En otras ocasiones es preciso realizar secciones de nervios periféricos que dejan como secuela una anestesia local que puede o no recuperarse.
- Hematomas tanto en la zona donante como en la receptora que en ocasiones precisan de evacuación quirúrgica.
- Cicatrices inestéticas si se ensanchan.
- Seromas (acumulo de líquido inflamatorio) en caso de despegamientos amplios.
- Infección de las suturas, que se produce una separación de los tejidos de la herida y cicatriz ensanchada.
- Dado que se trata de tejidos con su propia vascularización, esta puede sufrir una torsión excesiva, un hematoma en la zona de rotación, que puede ser el origen de necrosis totales o más generalmente parciales y que pueden dejar el problema de origen sin solucionar.

Algunos de estos riesgos son más frecuentes en determinadas condiciones del paciente, por lo que usted debe exponer todos los datos de su historial médico y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales (ser fumador, etc.).

2. Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones.....

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Cubrir el defecto de origen de la cirugía y restaurar la función perdida con un mínimo de molestias.

¿Qué otras alternativas hay?

La no intervención y esperar si mejora con las curas sucesivas.

Declaraciones y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

DOY MI CONSENTIMIENTO He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas, la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20_____

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20_____