

## Consentimiento informado de desbridamiento quirúrgico de la quemadura

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

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

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

### 1. Descripción del procedimiento

**En qué consiste:** En retirar la piel quemada y colocar un material que la sustituya.

**Cómo se realiza:** Mediante instrumentos especiales (dermatomos) se retira la piel quemada, sustituyéndose en función de la profundidad y localización de la quemadura por apósito biosintético (pieles artificiales), su propia piel (autoinjertos), piel procedente de cadáver (aloinjertos) o simplemente cremas antisépticas. EN el curso de la operación puede ser necesario realizar biopsias, radiografías, transfusiones de sangre o derivados sanguíneos, etc. Para su realización se puede necesitar la ayuda de otros especialistas. La atención del paciente quemado es llevada a cabo por equipos de especialistas de Cirugía Plástica y Cuidados Intensivos.

**Cuánto dura:** Varía en función de los hallazgos intraoperatorios, de la superficie a intervenir y del estado general del paciente.

**2- Qué objetivos persigue:** Recuperación de la zona afectada lo más adecuada posible.

### ¿Qué riesgos tiene?

#### 1. Riesgos generales:

##### Frecuentes y poco graves:

- Cicatrices alteradas en color, forma y sensibilidad.
- Dolor en la zona afectada que requiere tratamiento.

##### Menos frecuentes y poco graves:

- Reacciones alérgicas a los apósitos y/o cremas.

##### Frecuentes y graves:

- Infección de la quemadura y riesgo de extensión de la infección.

##### Menos frecuentes y graves:

- Intolerancia a los materiales.
- Necrosis y pérdida de los injertos.
- Hematomas o sangrado que puede precisar transfusión sanguínea.
- Graves secuelas estéticas y/o funcionales.

#### 2. Riesgos personalizados:

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

### 3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

Recuperación funcional de la zona afectada y reintegración socio-familiar.

#### ¿Qué otras alternativas hay?

La cirugía es la opción adecuada y más segura; la no intervención no se aconseja por los graves riesgos de infección generalizada y de las alternativas metabólicas que supone mantener la piel quemada, especialmente a partir de una cierta extensión, y en casos menos extensos por las cicatrices que se pudiesen ocasionar.

#### 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:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**

**D.N.I.:**

**Fdo.:**

**MÉDICO:**

**Nº Colegiado:**

**Fdo.:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_