

## Consentimiento informado de corrección de cicatrices

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:

La corrección o intento de mejoría de cicatrices cutáneas es un procedimiento habitual y utilizado frecuentemente en cirugía plástica. La técnica a utilizar puede variar dependiendo del tipo de cicatriz, su tamaño y la localización, pudiendo variar el procedimiento entre escisiones simples de la cicatriz con cierre directo hasta extirpaciones más amplias que conllevan procedimientos de reconstrucción más complejos. En ocasiones se le puede ofrecer como retoque quirúrgico para mejorar algún aspecto de otra cirugía que se le realizó previamente.

Otras técnicas que pueden ser necesarias son: procedimientos adyuvantes como cambiar la dirección de la cicatriz, extirpación y cobertura con injerto cutáneo, movilización de los tejidos adyacente, dermoabrasión, peeling químico, una pequeña liposucción o infiltración grasa para corregir asimetrías o defectos de contorno. Cualquier cicatriz puede derivar en la aparición de una alteración funcional y/o estética dependiendo del área afectada, resultado del proceso fisiológico del organismo, la forma individual de cicatrizar de cada persona, la localización de la cicatriz, el mecanismo lesional y otros factores como la raza y la edad del paciente. Ciertos tipos de cicatrices anormales, como las atróficas, hipertróficas, discrómicas, retráctiles, queloideas, neoplásicas, malignizadas, anchas, hundidas, dolorosas e irregulares, pueden ser subsidiarias de revisión quirúrgica.

Las cicatrices no pueden desaparecer completamente, aunque mejoran con el paso del tiempo. En el caso de haberle propuesto una corrección con cirugía, tenga en cuenta que el objetivo final es la mejoría de la cicatriz, en diferentes aspectos, (que sea menos ancha o menos adherida o menos visible, etc.), pero no “desaparecerá”. Una vez realizada la cirugía, vuelve a iniciarse el proceso de cicatrización, por lo que habrá que esperar un periodo de tiempo para apreciar la mejoría. Puede ser necesario el empleo de apósitos, prendas comprensivas o cremas específicas durante ese tiempo.

En el caso de realizarse con anestesia local, usted puede sentir las molestias que se producen al inyectar localmente el anestésico, de forma que desaparecerá el dolor en esa zona durante la intervención. En el caso de precisar cualquier otro tipo de anestesia, se le informará sobre el método más adecuado para la realización de la cirugía, así como las pruebas preoperatorias que fuesen necesarias.

### Tratamientos alternativos

Las formas alternativas de tratamiento incluyen el no tratar las cicatrices o el resultado previo con cirugía y tratarlas con infiltraciones dentro de la cicatriz, presoterapia con prendas elásticas, cremas o apósitos específicos.

El uso de láser de CO2 puede proporcionar buenos resultados aunque no constantes. Los antihistamínicos orales y locales pueden reducir la sintomatología del prurito y ardor local.

### ¿Qué riesgos tiene?

Todo procedimiento quirúrgico implica un cierto riesgo. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, es importante que usted lo conozca:

- **Sangrado:** Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante el postoperatorio. En pocos casos es necesario recurrir a un tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada e incluso una transfusión sanguínea.
- **Infección:** La infección después de este tipo de cirugía es rara. Si ocurre, puede ser necesaria la administración de antibióticos dirigidos con el fin de disminuir los riesgos adicionales.
- **Cicatrización:** Cualquier cirugía deja cicatrices, algunas más visibles que otras, como consecuencia de las suturas utilizadas para cerrar la herida. Pueden volver a originarse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos y ser necesarios tratamientos adicionales para mejorar el resultado estético de las cicatrices.
- **Necrosis tisular:** con desvitalización de los tejidos pericicatriciales, que puede hacer necesario el desbridamiento quirúrgico de los esfacelos.
- **Dehiscencia de sutura:** que puede hacer necesaria una nueva revisión quirúrgica de la herida.

- **Retraso en la cicatrización:** al tratar con tejidos de escasa vitalidad.
- **Lesión de estructuras profundas:** tales como nervios, vasos sanguíneos; etc. La posibilidad de que esto ocurra varía según la región del cuerpo donde se realiza la cirugía. Resultado insatisfactorio para sus expectativas. Este tipo de cirugía puede no satisfacer completamente sus expectativas. En el resultado de un retoque o de una corrección de cicatrices, existe un componente personal variable que hace difícil evaluar de antemano el resultado.

**Otras cuestiones para las que pedimos su consentimiento**

Por la situación personal actual del paciente, pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....

**Consentimiento para cirugía/procedimiento o tratamiento**

Por la presente autorizo a los médicos de plantilla del Servicio de Cirugía Plástica para realizar el procedimiento o tratamiento mencionado, habiendo leído y entendido las explicaciones escritas de este informe.

Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Autorizo a los cirujanos citados y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido. Me ha sido explicado de forma comprensible:

- a) el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
- b) los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
- c) los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** libre y voluntariamente para el tratamiento o procedimiento.

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b> <b>D.N.I.:</b> <b>Fdo.:</b>	<b>MÉDICO:</b> <b>Nº Colegiado:</b> <b>Fdo.:</b>
--	--

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

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b> <b>D.N.I.:</b> <b>Fdo.:</b>	<b>MÉDICO:</b> <b>Nº Colegiado:</b> <b>Fdo.:</b>
--	--

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