

Consentimiento informado de cirugía de cicatrices hipertróficas y queloides

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 que consiste: En extirpar la cicatriz hipertrófica o el queloide y cerrar la piel de forma directa o mediante un autoinjerto, tomado de otra zona del cuerpo.

Cómo se realiza: Mediante instrumentos quirúrgicos, en quirófano, bajo anestesia

Cuánto dura: Varía en función de los hallazgos intraoperatorios, del tamaño y localización de la lesión y en función del estado general del paciente.

2. Qué objetivos persigue: Tiene como finalidad extirpar la cicatriz patológica creando una nueva cicatriz de mejor calidad.

1. Riesgos generales:

La decisión de realizar la intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted deberá discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos y consecuencias de su intervención. 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...).

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. El cirujano le dará las instrucciones que debe seguir antes, durante y después de la operación; así mismo, si su cirujano lo cree preciso, la intervención puede retrasarse o suspenderse.

- **Sangrado:** Puede ocurrir durante o después de la cirugía. Excepcionalmente puede requerir tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada, o necesitar transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado.
- **Infeción:** Puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Cicatrización:** En caso de necesitar autoinjerto el borde del mismo puede dar lugar a una cicatriz hipertrófica o queloidea, así mismo, la zona donante del injerto puede transformarse en una cicatriz hipertrófica o queloidea. Existe la posibilidad de que las cicatrices puedan limitar el movimiento y la función. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de color más oscuro que el de la piel circundante.
- **Lesión de estructuras profundas:** Estructuras profundas tales como nervios, vasos sanguíneos y músculos pueden ser dañados durante la cirugía. La lesión de estructuras profundas puede ser temporal o permanente.
- **Cáncer:** Puede determinarse que una lesión de la piel o tejido subcutáneo sea maligna tras un análisis de laboratorio. Pueden necesitarse tratamientos o cirugía adicional.
- **Recurrencia:** Las cicatrices hipertróficas y los queloides pueden volver a aparecer después de la cirugía. Puede necesitarse tratamiento adicional o cirugía secundaria.
- **Resultado pobre:** La cirugía puede producir deformidades, pérdida de función, apertura de la herida, necrosis de piel, o pérdida de sensibilidad. Aunque la lesión se haya extirpado satisfactoriamente, usted

puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía reconstructiva.

- **Reacciones alérgicas:** En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistemáticas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- **Anestesia:** Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica. Más detalles del proceder anestésico figuran en el Consentimiento Informado del Servicio de Anestesia, debiendo consultar con el citado Servicio cualquier duda al respecto.

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:**

Corrección de las cicatrices patológicas para transformarlas en no patológicas

¿Qué otras alternativas hay?

No tratamiento. Tratamiento médico no quirúrgico.

Declaración 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. 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____