

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO**SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) CICATRICES Y SECUELAS**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

La cicatrización es un proceso fisiológico del organismo por el cual éste tiende a cerrar cualquier herida que en él se origine, por tanto se tiene que tener en cuenta que cualquier herida dejará como secuela una cicatriz.

La cicatriz persiste durante toda la vida del paciente, y será de peor o mejor calidad dependiendo de: la forma individual de cicatrizar de cada persona, la localización de la cicatriz, mecanismo lesional y de otros factores como la raza y la edad del paciente.

Cualquier cicatriz puede derivar en la aparición de una alteración funcional y/o estética dependiendo del área afectada, resultado de la cicatrización y de los factores anteriormente expuestos.

Ciertos tipos de cicatrices anormales: atróficas, hipertróficas, discrómicas, retráctiles, queloides, neoplásicas, malignizadas, anchas, hundidas, dolorosas e irregulares, pueden ser subsidiarias de revisión quirúrgica, que, si no consigue la eliminación total de la misma sí una mejoría, tanto estética como funcional.

CÓMO SE REALIZA:

La intervención a la que usted va a someterse se puede realizar bajo anestesia local o general. Consiste en la extirpación de la cicatriz y de los tejidos anómalos y cierre de la herida ocasionada en las mejores condiciones posibles, para así mejorar el resultado estético y /o funcional de la misma.

Las técnicas de reconstrucción pueden ser variar, según la cicatriz y los tratamientos previamente realizados que determinan la cantidad y calidad de los tejidos en la zona. Su cirujano le indicará el más idóneo para su caso entre las siguientes alternativas: extirpación y plastia (movilización de tejidos) local, regional o a distancia; extirpación y cobertura con injerto (cutáneo, dermograso, cartilaginoso, óseo, tendinoso o nervioso); dermoabrasión o peeling químico.

En determinados casos puede ser necesario la reparación, además de los tejidos blandos (piel, grasa y músculo), de estructuras más profundas implicadas en la funcionalidad de partes importantes del cuerpo como por ejemplo: nervios, tendones, huesos y/o vasos sanguíneos.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización.

La forma de la cicatriz variará dependiendo de la técnica empleada. Si se han empleado plastias a distancia, a la cicatriz de la zona reparada habrá que añadir la cicatriz en la zona donante. Si se han reparado estructuras profundas puede que el paciente precise además un tratamiento rehabilitador.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En una mejora estética y/o funcional de la cicatriz o secuela existente.

Debe recordar que a pesar de la mejoría de la cicatriz, siempre existirá una cicatriz.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Existen ciertos tratamientos no quirúrgicos que consisten en:

- Farmacoterapia: a base de infiltración dentro de la cicatriz de corticoides de depósito (triamcinolona). El número de infiltraciones es indeterminado, con un intervalo de veinte días a un mes. Existe el riesgo de producir atrofia excesiva de los tejidos adyacentes. Las infiltraciones se pueden acompañar de aplicaciones tópicas de corticoides.
- Presoterapia: la presión sostenida ayuda al control de las cicatrices. Esta compresión se puede hacer con prendas elásticas hechas a medida.
- Silicona: el contacto de ésta con las cicatrices puede mejorar su evolución. Se puede aplicar en forma de pomada, tiras o láminas.
- Radioterapia: se puede emplear en el tratamiento de las cicatrices queloides. El paciente debe saber que la irradiación ionizante puede dejar pigmentaciones y una predisposición al cáncer en la zona irradiada.
- Otros tratamientos: 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 el ardor.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Edema o inflamación de la piel y de los tejidos adyacentes, que puede ser subsidiario de tratamiento con antiinflamatorios.

- Cambios en la coloración de la piel que pueden ser prolongados en el tiempo, y en ocasiones permanentes.
 - 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.
- **LOS MÁS GRAVES:**
 - Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o incluso una transfusión de sangre.
 - Reacciones alérgicas: Pueden ocurrir reacciones alérgicas generales (normalmente debidas al empleo de medicación) o locales (por el uso de apósitos o pomadas) que requieran un tratamiento adicional.
 - Infección: Es posible que después de una intervención pueda ocurrir un proceso infeccioso que requiera de un tratamiento antibiótico adecuado e incluso cirugía para el desbridamiento de los tejidos desvitalizados. No es frecuente en este tipo de intervención, pero en los casos más graves la infección puede extenderse por el organismo y a otros órganos, dificultando su funcionamiento y pudiendo amenazar la vida.
 - Hematomas: No son frecuentes, pero pueden aparecer después de la cirugía y puede ser necesaria su evacuación.
 - Seromas: Son infrecuentes en este tipo de procedimiento quirúrgico, pero si apareciesen se haría preciso su drenaje.
 - Sensibilidad y función: Puede existir un déficit de sensibilidad o de función en la zona intervenida, éste puede ser temporal o permanente; éste déficit, a veces, es difícil de predecir.
- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Las enfermedades previas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades crónicas hábitos tóxicos (entre ellas el consumo del tabaco), obesidad, edad avanzada, etc... pueden influir negativamente en el resultado de la cirugía.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

Los queloides son una forma anormal de cicatrización, produciéndose más cicatriz de la cuenta, sobrepasando los límites, tanto en altura como en anchura, de la cicatriz. Además de los defectos estéticos, pueden provocar molestias como picores, dolores, sensación de malestar, etc. La tendencia a recidivar de los queloides es muy alta, por lo tanto siempre se debe valorar el empleo de tratamientos alternativos.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
------------------	------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En

a

de

de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
------------------	------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la
realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la
salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente
he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello
puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____