

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA POR INFECCIÓN SUPURADA DE PARTES BLANDAS (ABSCEOS Y CELULITIS)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en una exploración quirúrgica, por la presencia de un absceso (infección de la piel con acumulación de pus) o una celulitis (infección de la piel que provoca enrojecimiento, inflamación y dolor), de partes blandas debajo de la piel o en el seno de la masa muscular. Suele precisar una intervención urgente, pues podría poner en peligro su vida o traer consecuencias graves.

Se hace una incisión sobre la zona más blanda del absceso, se drena el pus y se limpia la cavidad infectada. De esta forma, el organismo ayudado por los antibióticos, acaba con la infección.

Habitualmente se realiza en régimen ambulatorio con anestesia local. A veces, en función del tamaño, profundidad y localización del absceso, puede requerir anestesia general.

La finalidad de la técnica es eliminar la infección y evitar las complicaciones que se pueden generar cuando se deja a su evolución natural.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Reparación de la supuración (absceso), que pueda requerir una nueva intervención de mayor dificultad.
- Persistencia o extensión de la infección con riesgo de sepsis generalizada.
- Alteraciones de la continencia de gases o de heces si el absceso estuviera localizado en la zona perianal.
- Delirio postoperatorio.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica

- Infección o sangrado con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala, la herida quirúrgica precisa quedar abierta y la cicatrización se produce por un proceso llamado "segunda intención", que es largo y produce cicatrices evidentes.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....
 CIP AUTONÓMICO.....
 Nº Htª CLÍNICA.....
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
 Servicio de Cirugía General
 y Digestiva

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “CIRUGÍA POR INFECCIÓN SUPURADA DE PARTES BLANDAS (ABSCEOS Y CELULITIS)”

Yo, D./Dª _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.ª _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Firma del representante legal: