

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE INJERTOS, COLGAJOS Y MICROCIROUGÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en obtener tejidos blandos, piel, grasa y músculo del paciente de una zona sana (abdomen, espalda, etc.) y trasladarlos al área lesionada o carente de tejido que se quiere reparar.

Los tejidos trasplantados (colgajo libre) deben ser implantados mediante microcirugía. Esta técnica permite conectar arterias, venas y, en algunos casos, nervios que irrigan dichos tejidos, utilizando un microscopio e instrumentos especializados.

Este procedimiento se utiliza para tratar tejidos lesionados que no sanan en el tiempo esperado, de cualquier origen y con exposición de huesos, tendones, vasos o nervios. También se aplica en las infecciones de heridas o traumatismos extensos, fracturas abiertas, defectos ocasionados tras resecciones tumorales importantes o parálisis de los miembros.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de este procedimiento es reparar los defectos de la piel, partes blandas y/o hueso dañados y mejorar la funcionalidad y apariencia de la zona dañada.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

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:

- Hematoma.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Colección de líquido en la herida.
- Lesión de estructuras profundas (vasos, nervios, músculos). Puede ser temporal o permanente.
- Cicatrices y cambios de la forma, volumen y sensibilidad en las zonas intervenidas.
- Dificultad para realizar algunos movimientos de la zona intervenida.
- Necrosis parcial o completa del tejido trasplantado. Requiere la retirada del mismo y la realización de otra forma de reconstrucción.
- Pérdida total o parcial del trasplante.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

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

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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamiento conservador, se deja abierta la herida para que cicatrice desde los tejidos más profundos hacia la superficie exterior, se realizan curas locales oclusivas o expositivas.

Este tratamiento deja secuelas funcionales.

AUTORIZACIÓN PARA "REALIZACIÓN DE INJERTOS, COLGAJOS Y MICROCIROUGÍA"

Yo, D./D^a. _____, 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.



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

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Traumatología
y Cirugía Ortopédica*

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: Servicio de

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: