

CONSENTIMIENTO INFORMADO – RECONSTRUCCION MICROQUIRURGICA (COLGAJO LIBRE)

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

INTRODUCCION

La reconstrucción microquirúrgica, denominada también trasplante de colgajos libres, es un procedimiento quirúrgico altamente especializado destinado a reparar defectos de la piel, las partes blandas y/o el hueso mediante la transferencia de tejidos desde zonas distantes del cuerpo (zona donante) a la parte que se quiere reparar (zona receptora). Los tejidos trasplantados (colgajo libre) deben ser revascularizados en la zona reparada mediante la sutura con magnificación (microscopio) de las arterias, las venas y, a veces, los nervios.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

La alternativa a la reparación con microcirugía consiste en el empleo, cuando es posible, de colgajos locales (no microquirúrgicos).

RIESGOS DE LA RECONSTRUCCION MICROQUIRURGICA

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la reconstrucción microquirúrgica. La decisión individual de someterse a una 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 debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de su operación. Las complicaciones descritas pueden aparecer tanto en la zona reconstruida como en la zona dadora (donde se obtienen los tejidos trasplantados).

Necrosis de los tejidos trasplantados: Si la sutura de la arteria o de la vena fallan, el tejido trasplantado no es capaz de sobrevivir. En algunos casos, es posible rehacer la sutura de la arteria o la vena para salvar el tejido trasplantado, después de unas horas de la cirugía inicial. En otros casos, esto no es posible y es preciso retirar el tejido trasplantado. En estos casos, puede ser necesario plantear la reconstrucción con técnicas locales. Es raro pero puede ocurrir la pérdida parcial de los tejidos trasplantados o de la piel o tejidos blandos cercanos al sitio reconstruido. Esto es más frecuente en pacientes que han recibido radioterapia o que son fumadores. Esta circunstancia puede requerir cirugía adicional para eliminar el tejido muerto.

Sangrado: Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si ocurriera, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo

de problemas de sangrado. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea) que no está bien controlada médicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.

Dehiscencia: Puede ocurrir que las heridas se abran o las cicatrices se ensanchen, particularmente si existe mucha tensión en los cierres. Pueden ser necesarios tratamientos adicionales.

Cicatrización cutánea: La cicatrización en exceso es infrecuente. En casos raros pueden producirse cicatrices anormales, rojas y gruesas (cicatrices hipertróficas o queloides). Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía.

Anestesia: Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones, e incluso muerte, por cualquiera de las formas de anestesia o sedación. Información más detallada le será facilitada por el propio equipo de anestesiólogos, que así mismo, recabarán el correspondiente consentimiento escrito.

Reacciones alérgicas: En casos raros se han observado alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden producirse por medicaciones usadas durante la cirugía o por medicinas de prescripción. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Complicaciones sistémicas: La reconstrucción microquirúrgica puede ser una intervención larga (más de 6 horas). En pacientes debilitados, ancianos o con tumores, pueden aparecer complicaciones sistémicas en el periodo postoperatorio como infecciones respiratorias, trombos en las piernas o trastornos de la coagulación. Estas medidas pueden prolongar la estancia hospitalaria y, en ocasiones, requerir el ingreso en unidades de cuidados intensivos. En estos pacientes se adoptan medidas destinadas a evitar estas complicaciones.

SEGURO DE SALUD

La mayoría de las compañías de seguros sanitarios incluyen la cobertura de operaciones de cirugía reconstructiva microquirúrgica. Sin embargo, estas técnicas requieren un grado de especialización muy alto, por lo que no todos los hospitales o equipos de Cirugía Plástica las ofrecen.

RESPONSABILIDADES ECONOMICAS

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes

DR. JOSE RAMON CASTELLO FORTET

ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA
MIEMBRO DE LA S.E.C.P.R.E.
COL. NUM. 282845840

JUAN BRAVO, 25 BAJO IZDA.28006
MADRID
TEL. 91 771 02 96

adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente cubrirá las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en cada caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y hayan sido todas sus preguntas antes de que firme este consentimiento.

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA

1. Por la presente autorizo al **Dr. José Ramón Castelló Fortet** y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:

.....
.....

He recibido el siguiente folleto informativo: "Consentimiento informado para reconstrucción microquirúrgica".

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado 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 situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.
3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.
4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
6. Me ha sido explicado de forma comprensible: el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento, los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D.

....., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

DR. JOSE RAMON CASTELLO FORTET
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA
MIEMBRO DE LA S.E.C.P.R.E.
COL. NUM. 282845840

JUAN BRAVO, 25 BAJO IZDA.28006
MADRID
TEL. 91 771 02 96

Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

Así pues, doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento, estando satisfecho/a con la información que se me ha facilitado.

En a de de 201...

Firma del Paciente

Firma del Cirujano Plástico

Firmado: D./Dª.

Fdo.: Dr./Dra.

(Nombre y apellidos)

(Nombre y apellidos)

D.N.I.: