

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE QUEMADURAS**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Con la Cirugía de Quemaduras, se pretende asear la zona de quemadura, eliminar el tejido desvitalizado y darle una cobertura cutánea temporal y posteriormente si lo requiere darle cobertura cutánea definitiva.

Es probable, por la naturaleza de la lesión, que sean necesarias varias intervenciones quirúrgicas hasta alcanzar la cobertura cutánea definitiva. La persistencia de la actual condición de pérdida de cobertura cutánea puede determinar, pérdida excesiva de líquidos, mayor compromiso del estado general, sepsis, lo que puede llevar a complicaciones de difícil resolución o francamente irreparables con compromiso vital. La extensión y localización de la quemadura de su hijo y patologías agregadas pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como: sepsis, shock, problemas respiratorios, alteraciones de la coagulación. En todo paciente quemado es frecuente algún grado de secuela a largo plazo que varía desde pequeñas alteraciones del color hasta grandes secuelas estético-funcionales.

En la situación de su hijo(a), que ha sufrido una quemadura, se requiere realizar alguno o varios procedimientos quirúrgicos de **Aseo Quirúrgico De La Quemadura**, como:

1. Aseo quirúrgico de la quemadura
2. Eventual Escarectomía o descompresión de zonas circulares quemadas profundamente
3. Escarectomía de la quemadura física o química
4. Coberturas transitorias de piel con:
 - Aloinjertos: Coberturas sintéticas o biosintéticas
 - Heteroinjertos: Piel cerdo
 - Homoinjertos: Piel donante humano cadáver o donante solidario
5. Coberturas definitivas de piel con: Autoinjertos, Colgajos. Sustitutos dérmicos o matrices más autoinjertos inmediatos o diferidos.

En caso de requerir autoinjerto, se autoriza a que este sea tomado desde:

- Cuero cabelludo
- Muslos
- Cualquier zona disponible

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica
- Hematoma
- Dolor prolongado en la zona de la lesión
- Cicatriz hipertrófica
- Flebitis

Poco frecuente y de mediana gravedad:

- Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.

Pocos frecuentes y graves:

- Shock anafiláctico y/o hemodinámico
- Sepsis

Otras Específicas

- **Aseo quirúrgico y Escarectomía y/o escarotomía:** sangramiento, hematomas, infección, seroma.
- **Cobertura cutánea temporal con Aloinjertos, Heteroinjertos u Homoinjertos:** Alergias, infección, rechazos.
- **Cobertura cutánea definitiva con autoinjertos, colgajos o sustitutos dérmicos:** Pérdida parcial o total de injertos, infección, dehiscencia de colgajos.
- **Zonas dadoras de autoinjertos:** sangramiento, profundización de la zona donante, infección, cicatriz hipertrófica.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

En su caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía De Quemaduras,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE QUEMADURAS, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)