

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE COBERTURA CON COLGAJOS**

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 el procedimiento 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 del procedimiento 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

La Cirugía de Cobertura con Colgajos, es una intervención programada que, pretende reconstruir la pérdida de tejidos por distintas causas mediante colgajos que son desplazamientos de tejidos desde otra zona, consiste en girar o rotar un trozo de piel más tejido celular graso (tejido bajo la piel) para cubrir con él una zona donde ha existido pérdida de piel.

Los defectos más frecuentes que requieren estos procedimientos son secundarios a: resección de tumores de piel o estructuras más profundas, extirpación de lesiones benignas de piel de tamaños que no permitan un cierre primario, escaras o úlceras por presión, quemaduras o secuelas de estas, procesos infecciosos de tejidos, traumatismos.

Los colgajos pueden ser de diferentes tamaños según la zona a cubrir y por esto también dejar diferentes secuelas tanto estéticas como funcionales. Los colgajos pueden ser desplazados desde zonas adyacentes a la lesión (colgajos locales, de rotación, avance, z plastias, etc.), pediculados a distancia o libres (de una parte, del cuerpo más alejada). Estos últimos requieren de microcirugía.

Según el tipo de defecto los colgajos pueden estar compuestos sólo de piel o además contener tejido muscular y óseo.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, 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.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Riesgos:

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:**

- **Retardo en la cicatrización:** algunas zonas pueden no cicatrizar normalmente, y pueden tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje, o cirugía posterior para eliminar los tejidos no curados. Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.
- **Cambios en la sensibilidad cutánea:** la disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea en la zona cercana a las incisiones puede no recuperarse del todo después de la cirugía.
- **Cicatrización cutánea:** pueden producirse cicatrizaciones anormales, estas pueden ser inestéticas o de color diferente a la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para la cicatrización. En el caso de grandes colgajos las secuelas cicatriciales pueden ser importantes, pero debe considerar que es un procedimiento que busca en primer lugar cubrir un defecto y/o reparar la funcionalidad.
- **Necrosis o pérdida del colgajo:** pérdida de la vitalidad parcial o total del colgajo. Esto puede requerir desde curaciones prolongadas hasta nuevas cirugías de aseos quirúrgicos, injertos o nuevo colgajo.
- **Asimetría:** debido a la necesidad de traslado de tejidos puede producirse asimetría con los tejidos cercanos o en relación al lado opuesto de su cuerpo.
- **Seroma:** acumulación anormal de líquido debajo de la piel en las zonas intervenidas, cuando esto ocurre, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje de fluidos.
- **Hemorragia:** si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada o transfusión de sangre. No debe tomar antiinflamatorios o aspirina desde 10 días antes de la cirugía, ya que pueden aumentar el riesgo de sangrado.
- **Infección:** puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo nuevas cirugías y antibióticos.
- **Dolor:** aunque infrecuente podría producirse dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos por atrapamiento dentro del tejido cicatricial. Pueden requerirse procedimientos adicionales para la solución de dicha complicación.
- **Necesidad de nueva cirugía:** en el caso de colgajos pediculados a distancia se requiere siempre de una nueva cirugía (sección y remodelación). En otros tipos de colgajos también pueden ser necesarios nuevos procedimientos para la remodelación, simetrización o plastias de cicatrices.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Antes, durante y después de la cirugía, puede ser necesario fotografiar el área operatoria, de manera de contar con un registro de los cambios que vayan a experimentarse por la misma.

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 **la Cirugía de Cobertura Con Colgajos** 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 COBERTURA CON COLGAJOS, 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)