

Dra. Cinthia Akike
Cirugía Plástica Reconstructiva y Quemados
MP 30283/0 MN 128630

Consentimiento informado para extracción de lesiones de piel, Nevus (lunares), Quistes Sebáceos, Lipomas Pequeños, Cánceres de piel.

Nombre y Apellido
DNI

Información General

La cirugía de las lesiones de piel pueden ser electivas por estéticas o por recomendaciones médicas de acuerdo a las características de la lesión. Se realiza bajo anestesia local, o sea solo se duerme la zona donde se realizara el trabajo, el dolor se anula pero la sensación de tironeamiento, movimiento y roce se mantiene. Luego se procede a la extracción de la lesión, control del sangrado que puede ser necesario electrocauterio, a veces no es necesario el cierre con puntos y otras veces sí, los puntos pueden ser absorbibles o no de acuerdo a criterio de la cirujana, por lo tanto los no absorbibles deben ser extraídos cuando sea indicado. Todo el material extraído es enviado a anatomía patológica para su estudio.

Áreas particulares

Hay zonas del cuerpo como ser el tórax y el dorso, incluyendo hombros, donde hay mayor probabilidad de producir cicatrices hipertróficas o queloides, independientemente de la forma de cicatrizar que por herencia o genética trae consigo el paciente.

Otras áreas complejas son las que soportan mucha tensión y/o movimiento, como las zonas de las articulaciones que debido al estiramiento continuo de la zona las cicatrices tienden a hipertrofiarse o ensancharse con el tiempo.

La punta de la nariz, por estar expuesta a la visual, y por el tipo de tejidos que la componen hay un alto porcentaje de retracción cicatrizal, dejando muescas, en la zona.

Complicaciones

Infecciones: como cualquier cirugía la infección es una de las complicaciones más frecuentes por el solo hecho de romper una barrera natural como lo es la piel.

Dehiscencia de la herida: en el caso de que la herida se cierre con puntos por lo general y dependiendo de la región suturada la cicatrización dura entre 5 a 10 días, esto también depende de herencia y la genética de cada paciente en cuanto a su propia forma de cicatrizar.

Sangrado: puede ocurrir sangrado en tal caso comprimir firmemente con una gasa estéril y consultar de inmediato

Estética de la cicatriz: muchas veces por más que se tomentados los recaudos las cicatrices son hipertróficas o queloideas por la cicatrización exagerada que tienen algunos pacientes , por lo que luego es necesario realizar tratamientos de modelamiento de la cicatriz para mejorar la estética de la misma, hasta incluso requieren retoques quirúrgicos, al mismo tiempo que la cicatriz es exagerada en los tejidos visibles externamente , en profundidad también lo es por lo que pueden producirse muescas por retracciones cicatrizales profundas

Recidiva los lunares o quistes: si las lesiones son extraídas completamente, en todas sus dimensiones es muy poco probable que vuelva a aparecer la misma lesión en el mismo lugar, cosa que no implica que aparezcan lesiones de similares características en otra ubicación.

Dolor: es normal sentir dolor o molestias luego de algunas horas cuando pasa el efecto de la anestesia por lo que se sugerirá la toma de algún analgésico, excepto aspirinas y aspirinetas, que pueden alterar la coagulación y producir sangrados.

Pigmentación de la cicatriz: cuando una cicatriz es reciente, en sus primeros 6 a 8 meses, suelen pigmentarse si no son cuidadas de los rayos UV, por lo que se recomienda por este tiempo cubrirse durante el día(sea invierno o verano) de la radiación, cubriendo la zona con ropa, apósitos o curitas, o protector solar factor mayor a 50. Tener en cuenta que todos los protectores solares hay que renovarlos cada 2 hs, igual que si se moja o humedece la zona, o se transpira mucho.

Quistes: a veces es necesario dejar algún tipo de drenaje en caso de extracción de quistes que dejen grandes espacios muertos donde se formara seroma.

Resultado no satisfactorio - Es probable que el resultado tras la cirugía pueda no ser el esperado por usted. Después de la cirugía puede ocurrir una asimetría, además puede haber insatisfacción en la forma de la cicatriz. Quizá sea necesario practicar cirugía adicional para mejorar los resultados.

Hábito de fumar, exposición al humo ingerido por terceros, productos de nicotina (parche, chicle, aerosol nasal)-Los pacientes que actualmente fuman, consumen productos de tabaco o productos de nicotina (parche, chicle o aerosol nasal) tienen un mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas importantes como muerte de la piel, cicatrización lenta y cicatrización adicional. Las personas expuestas al humo ingerido por terceros también presentan el riesgo potencial de complicaciones similares atribuibles a la exposición a la nicotina.

Además, el hábito de fumar puede tener un efecto negativo posiblemente mayor hemorragia. Las personas que no están expuestas al humo del tabaco o a productos que

contienen nicotina tienen un riesgo significativamente menor de este tipo de complicación. Indique su estado actual con respecto a estos puntos a continuación:

() No soy fumador y no uso productos de nicotina. Comprendo el riesgo potencial de que la exposición al humo ingerido por terceros cause complicaciones quirúrgicas.

() Soy fumador o uso productos de tabaco/nicotina. Comprendo el riesgo de complicaciones quirúrgicas debido al hábito de fumar o al uso de productos de nicotina.

Es importante abstenerse de fumar al menos 6 semanas antes de la cirugía y hasta que el médico indique que es seguro retomar, si lo desea.

NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL

Existen muchas condiciones variables además de los riesgos y complicaciones quirúrgicas potenciales que pueden influir en los resultados a largo plazo. Aunque los riesgos complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la extracción de lesiones menores.

Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse

CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE

Siga las indicaciones de su médico cuidadosamente; esto es esencial para el éxito del resultado. Es importante que las incisiones quirúrgicas no estén expuestas a fuerza excesiva, inflamación, abrasión o movimiento durante el período de cicatrización. La actividad personal y profesional debe restringirse. Los vendajes protectores y los drenajes no deben quitarse a menos que su cirujano plástico se lo indique. La función postoperatoria exitosa depende tanto de la cirugía como del cuidado posterior. La actividad física que aumenta el pulso o la frecuencia cardíaca puede producir moretones, inflamación, acumulación de líquido y necesidad de realizar una nueva cirugía. Es importante que usted participe en la atención de seguimiento, que vuelva para las consultas/revisiones sucesivas, y que promueva su recuperación después de la cirugía, hasta el alta médica definitiva

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

El costo de la cirugía incluye diversos cargos por los servicios prestados. El total incluye los honorarios de su médico, el costo de los materiales quirúrgicos, la anestesia. Los cargos cobrados por este procedimiento no incluyen los costos futuros potenciales para los procedimientos adicionales que usted elija o requiera a fin de revisar, optimizar o

completar su resultado. Puede haber costos adicionales en caso de que surjan complicaciones debido a la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o los cargos hospitalarios por cirugía ambulatoria relacionados con la cirugía de revisión también serán su responsabilidad. Al firmar el consentimiento para esta cirugía/este procedimiento, usted reconoce que ha sido informado acerca de sus riesgos y consecuencias y acepta la responsabilidad de las decisiones clínicas que se tomaron junto con los costos económicos de todos los tratamientos futuros.

RESPONSABILIDAD LEGAL

Los documentos de consentimiento a la operación se utilizan para informar sobre el tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición además de la declaración de riesgos y formas alternas de tratamiento o tratamientos. El proceso de consentimiento informado de la operación tiene la intención de definir los principios de declaración de riesgos que generalmente debe cumplir con las necesidades de la mayor parte de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, los documentos de consentimiento a la operación no deben considerarse como absolutos para definir otros métodos de cuidado ni los riesgos que se encuentren. Su cirujano plástico le puede dar información adicional o diferente basada en todos los hechos de su caso en particular así como el estado de sus conocimientos médicos.

Es importante que usted lea la información antes mencionada cuidadosamente y que se contesten todas sus preguntas antes de firmar el CONSENTIMIENTO DE INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO que se encuentra luego.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LESIONES DE PIEL Y/O QUISTES SEBACEOS

1. Por la presente autorizo a la Dra. Cinthia Akike MP 30283/0 y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el procedimiento de, en Neoclinica decido por ambas partes.

2. RECONOZCO que en el curso de ésta pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y DOY AQUÍ MI EXPRESA AUTORIZACIÓN para el tratamiento de las mismas, incluyendo además procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc. En caso de complicaciones durante la operación AUTORIZO a la doctora arriba mencionada a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables o hallazgos clínicos inesperados, que pueden hacer necesarias otras intervenciones o adoptar otras medidas terapéuticas para controlar no solo los resultados de la operación, sino lo mejor para mi salud.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte

4. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

5. Reconozco que no se me ha dado garantía por parte de cualquier persona en cuanto al resultado que puede ser obtenido

6. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes. NUNCA EN PRENSA DIARIA O REVISTAS COMUNES, y siempre con MI PERMISO EXPRESO.

7. Me COMPROMETO a seguir fielmente, en la mejor de mis posibilidades, las instrucciones del cirujano para antes, durante y después de la operación arriba mencionada y hasta el alta definitiva. Entiendo, comprendo y acepto que las visitas postoperatorias son IMPRESCINDIBLES Y FUNDAMENTALES para la consecución de un buen resultado final. Me comprometo a seguir fielmente las mismas así como todas las recomendaciones postoperatorias hasta el alta médica definitiva.

8.- ACEPTO que la cirujana retrase o suspenda la operación si lo cree preciso.

9.- He podido aclarar todas mis dudas acerca de lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO reafirmandome en todos y cada uno de sus puntos o HACIENDO LA EXPRESA SALVEDAD

_____ mencionada en la página _____ en el
punto _____

10.- COMPRENDO que el fin de la operación es MEJORAR MI APARIENCIA, existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el esperado por mí. Sé que la Medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. Reconozco que no se me ha dado en absoluto tal garantía. Igualmente entiendo y me ha sido debidamente explicado que puede ser necesario en un futuro un segundo e incluso sucesivos tiempos quirúrgicos para pequeñas correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.

11. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:

a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.

b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO.

c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO.

d. LA UBICACIÓN DE LAS CICATRICES.

13. He sido informado/a de mis riesgos personalizados:

13.-CONFIRMO que la operación mencionada, me ha sido explicada a fondo por la cirujana en palabras comprensibles para mí, los riesgos que tiene, otras soluciones alternativas de tratamiento (cuando existan), así como las molestias o, en ocasiones, dolores que puedo sentir, teniendo un postoperatorio normal. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

ESTE DOCUMENTO DEBERÁ DE SER FIRMADO EN LA CONSULTA, AL MENOS 24 HORAS PREVIAS A LA INTERVENCIÓN. EN SU DEFECTO, SE DA POR HECHO LA ABSOLUTA Y PLENA CONFORMIDAD DEL PACIENTE CON LO AQUÍ EXPUESTO.

DOY CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO U OPERACIÓN Y A LOS PUNTOS ARRIBA MENCIONADOS (1 a 13), HABIÉNDOME LEÍDO Y COMPRENDIDO EN LENGUAJE CLARO LA INFORMACIÓN DETALLADA DE ESTE CONSENTIMIENTO. SE ME HA PREGUNTADO SI DESEO UNA EXPLICACIÓN MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO(A) CON LA EXPLICACIÓN Y NO DESEO MAS INFORMACIÓN.

Firma

Aclaración

DNI

Lugar y Fecha

.

