

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN INJERTO RECONSTRUCTIVO EN LA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la REALIZACIÓN DE UN INJERTO RECONSTRUCTIVO EN LA CIRUGIA DE LA CABEZA Y EL CUELLO, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Muchas enfermedades que afectan a la cara y/o al cuello, y a las diversas estructuras que las integran, precisan, para su tratamiento, la extirpación de la zona afectada con amplios márgenes de seguridad.

Ello puede suponer la extracción de una zona amplia de tejidos, que puede incluir una parte importante de la piel de la zona intervenida.

Asimismo, existe la posibilidad de que se haya extirpado una zona de mucosa integrante del aparato respiratorio o digestivo, u otro recubrimiento natural del organismo como la duramadre, el periostio del hueso, etc.

Para intentar reconstruir el defecto de recubrimiento natural que ha quedado en la zona quirúrgica, puede realizarse, entre otras técnicas, lo que se denomina injerto.

Cabe la posibilidad de que el injerto se utilice para cubrir una zona cruenta de la que se ha obtenido un colgajo que, a su vez, se utilizará para la reconstrucción de una herida quirúrgica. Esta técnica de colgajo le será explicada concretamente.

En términos generales y en lenguaje quirúrgico, denominamos injerto a una técnica en la cual utilizamos una porción de tejido, que extraemos de una zona que llamamos donante, privándola pues de su vascularización natural, y que transportamos hasta otra zona que denominamos receptora, de la que se deberá nutrir, y a la que se incorporará, con fines estéticos o funcionales.

En general el injerto procede del/de la paciente, pero en otros casos, el injerto procede de otro sujeto, de un banco de tejidos, de un animal o puede tener una naturaleza artificial.

El injerto de piel puede tener muy diferentes características:

Puede ser de espesor parcial o de espesor total; puede proceder de orígenes distintos; puede ser extraído mediante diferentes técnicas; y puede ser completo o ser colocado en forma de malla, lo que aumenta su superficie.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN INJERTO RECONSTRUCTIVO EN LA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

El equipo quirúrgico le informará de cuál es la técnica más adecuada a su caso en concreto. Durante su evolución, el injerto suele sufrir un proceso de retracción, que es natural.

A lo largo de todo el proceso, su médico le irá informando de la evolución del injerto y de las distintas posibilidades de tratamiento complementario.

Asimismo, el/la paciente puede precisar cirugías posteriores, previamente acordadas, o realizadas a la demanda de la situación, para perfeccionar o corregir diferentes aspectos de la cicatrización del injerto realizado.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

No será posible o será más difícil la reparación de la zona intervenida, con las posibles secuelas estéticas o funcionales que ello supone. Así, la presencia de zonas del organismo sin su recubrimiento cutáneo facilitará la aparición de infecciones, de zonas de necrosis, es decir de destrucción, de rotura de venas y arterias, etc. Algunas de estas complicaciones son incompatibles con la vida.

BENEFICIOS ESPERABLES

La reconstrucción total o parcial de la zona intervenida.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No se conocen otros métodos de contrastada eficacia, alternativos a estas técnicas. No obstante, comoquiera que la utilización de un injerto es un concepto genérico, pueden considerarse diversos tipos, cada uno de los cuales tienen sus ventajas e inconvenientes. Su equipo médico le informará más concretamente de las distintas posibilidades.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

En ocasiones, la zona receptora del injerto puede quedar abultada respecto del resto de la piel. También puede tener una coloración diferente, o un aspecto muy distinto, por ejemplo, pueden llevar pelo a zonas que no lo tenían o, por el contrario, pueden ofrecer un aspecto de depilación en zonas que originalmente tenían pelo.

Además, tanto en la zona receptora, como en la zona donante, lógicamente quedará una cicatriz que puede resultar poco estética o dolorosa.

En ambas zonas, pueden aparecer alteraciones de la sensibilidad o disminución de posibilidades funcionales -por ejemplo, la disminución de la elasticidad de las zonas intervenidas, o la limitación del movimiento de las mismas, etc.-

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN INJERTO RECONSTRUCTIVO EN LA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Puede aparecer una hemorragia, que puede requerir una nueva intervención quirúrgica y una transfusión. En ocasiones, esta hemorragia puede ser la causa del llamado «hematoma sofocante del cuello», que precisaría la realización de una traqueotomía, es decir la apertura de la tráquea para asegurar la ventilación del/de la paciente.

El injerto puede necrosarse total o parcialmente: ello significa que, por diferentes circunstancias no ha resultado viable. En caso de que se elimine, en todo o en parte, el mencionado colgajo, pueden quedar al descubierto zonas de gran importancia biológica, tales como los grandes vasos del cuello, los conductos respiratorios o digestivos, etc.

Ello puede propiciar la aparición de diferentes complicaciones, como, por ejemplo, la rotura de uno de los grandes vasos del cuello. Ello produciría graves complicaciones cardiovasculares, tales como el shock hipovolémico -llamado así por la pérdida del volumen de sangre-; la embolia gaseosa -penetración de aire en el interior de los vasos-; la trombosis venosa -formación de un coágulo en el interior de una vena-; la embolia pulmonar -enclavamiento de un coágulo en el interior de los vasos que llegan al aparato respiratorio-; y el paro cardíaco.

La rotura de la arteria carótida puede producir alteraciones encefálicas, generalmente por isquemia cerebral, tales como ceguera, hipoacusia neurosensorial -sordera- y vértigo, hemiplejía -es decir, parálisis de la mitad del cuerpo- e, incluso, el fallecimiento del/de la paciente.

Se puede producir un edema -inflamación- de la zona, así como la colección de líquidos orgánicos o sangre podrían precisar su drenaje.

La inflamación del cuello podría producir dificultades respiratorias que podrían requerir la realización de una traqueotomía.

Pueden aparecer dificultades de la deglución. Podría producirse una ulceración o fistulización del conducto digestivo, a nivel del cuello, lo que justificaría la fuga de la saliva y la posible infección de la zona.

Es posible, también, la lesión del plexo nervioso cérvico-braquial o de los nervios espinal, hipogloso, frénico, y facial que provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja.

Puede producirse una hinchazón de la cara o del cuello, que pueda ser prolongada; la infección de la herida quirúrgica; y la fistulización de un líquido de aspecto lechoso por lesión del conducto torácico.

Alguna de estas complicaciones puede comprometer la vida. En general, el riesgo de complicaciones aumenta si se han realizado tratamientos previos del cuello, tales como otras intervenciones quirúrgicas o radioterapia.

Nombre y apellidos:

Firma:



SEORL CCC

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN INJERTO RECONSTRUCTIVO EN LA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa -polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0.5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de ésta, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE UN INJERTO RECONSTRUCTIVO EN LA CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE UN INJERTO RECONSTRUCTIVO EN LA CIRUGÍA DE
CABEZA Y CUELLO**

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el
paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este
momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que
haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que
queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta
anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: