



Consentimiento Informado  
Para Cirugía De Cicatrices

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Cicatrices**

**Consentimiento Informado Para Cirugía De Cicatrices**

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de  
**Las (a) CICATRICES**

## INFORMACIÓN

Las cicatrices son el resultado inevitable de lesiones, enfermedad o cirugía. Es imposible eliminar totalmente la presencia de una cicatriz; sin embargo, la cirugía puede mejorar la apariencia y textura de las cicatrices. Es posible que se necesiten otros tratamientos, inclusive terapia física o manual, además de la cirugía,

inyecciones de fármacos del tipo corticoides en la cicatriz o el uso de prendas y/o dispositivos de compresión utilizados sobre la cicatriz para complementar el tratamiento y mejorar en algunos casos los resultados estéticos.

## RIESGOS DE LA CIRUGÍA DE PLASTIA DE CICATRICES

- Todos los procedimientos quirúrgicos implican un cierto riesgo y es importante que usted comprenda estos riesgos y las complicaciones posibles asociadas. Además, todos los procedimientos tienen limitaciones. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan estas complicaciones, usted puede discutirlo con su cirujano a fin de comprender todas las consecuencias posibles de la revisión quirúrgica de cicatrices.
- **Hemorragia-** Es posible, aunque no muy frecuente, experimentar un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. En caso de que se presente hemorragia después de la operación, es posible que requiera un tratamiento de emergencia para drenar la sangre acumulada. Los hematomas pueden presentarse en cualquier momento luego de la cirugía.
- **Infección-** La infección es poco frecuente después de la cirugía. En caso de que se presente una infección, puede ser necesario un tratamiento adicional que incluya antibióticos, hospitalización o cirugía adicional.
- **Cicatrización-** Todas las cirugías dejan cicatrices, algunas más visibles que otras. Aunque se espera una buena cicatrización de la herida después de un procedimiento quirúrgico, pueden presentarse cicatrices anormales en la piel y los tejidos más profundos. Las cicatrices pueden ser poco atractivas y de diferente color que el tono de la piel circundante. La apariencia de la cicatriz también puede variar dentro de la misma cicatriz. Las cicatrices pueden ser asimétricas (aparecer diferentes en el lado derecho e izquierdo del cuerpo). Existe la posibilidad de marcas visibles en la piel causadas por las suturas. En algunos casos, las cicatrices pueden requerir revisión quirúrgica o tratamiento adicional.
- **Cicatrización Patológica -**En algunos casos puede haber cicatrización patológica como cicatriz hipertrófica o queloides, determinados por características del paciente, en especial si existen antecedentes previos. Esto no es consecuencia habitual del procedimiento quirúrgico.
- **Decoloración/inflamación de la piel-** Habitualmente se presentan moretones e inflamación luego de la cirugía. La piel en el sitio quirúrgico, o cercana al mismo, puede parecer más clara o más oscura que la piel que lo rodea. Aunque es poco frecuente, la inflamación y la decoloración de la piel pueden continuar durante un largo tiempo y, en raras ocasiones, pueden ser permanentes.
- **Sensibilidad de la piel-** Después de la cirugía puede presentarse comezón, dolor o reacciones exageradas al calor o al frío. Generalmente, esto desaparece durante la cicatrización, pero en raras ocasiones puede ser crónico.
- **Dolor-** Puede presentarse dolor de variada intensidad y duración después de la cirugía. En raras ocasiones puede presentarse dolor crónico.
- **Daño a las estructuras profundas-** Existe la posibilidad de lesiones a estructuras profundas como los nervios, los vasos sanguíneos y los músculos durante cualquier procedimiento quirúrgico. La posibilidad de que esto ocurra varía según el lugar del cuerpo en el que se realiza la cirugía y su extensión. El daño a las estructuras profundas puede ser temporal o permanente.

- **Dehiscencia de la herida-** Hasta que la herida cicatriza por completo, es posible que se abra la herida quirúrgica donde se realizó la revisión de la cicatriz. La ruptura de la herida puede producir un resultado quirúrgico deficiente. Si esto ocurre, puede necesitarse tratamiento o cirugía adicional.
- **Suturas-** Algunas técnicas quirúrgicas utilizan suturas profundas. Las suturas pueden atravesar la piel espontáneamente, hacerse visibles o producir irritación, y podría ser necesario sacarlas.
- **Irregularidades en el contorno de la piel-** Pueden presentarse irregularidades y depresiones en la zona después de la cirugía de revisión de cicatrices. También pueden presentarse arrugas visibles y palpables en la piel. Siempre existe la posibilidad de que se produzcan irregularidades residuales en la piel en cada extremo de la incisión u "orejas de perro" y puede requerir cirugía adicional. Esto se puede corregir con el tiempo, con tratamientos adicionales o mediante un procedimiento quirúrgico.
- **Cicatrización lenta-** Es posible que haya una ruptura o una cicatrización lenta de la herida. Algunas áreas de la piel pueden no cicatrizar normalmente y tardar más tiempo de lo habitual. Es posible que mueran algunas áreas de la piel (necrosis); esto puede requerir cambios frecuentes en el vendaje o cirugía adicional para retirar el tejido no cicatrizado. Los fumadores tienen mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización de la herida.
- **Cambio en la sensibilidad de la piel-** Es común experimentar disminución (o pérdida) de la sensibilidad de la piel en las áreas en las que se ha realizado el procedimiento quirúrgico. Es posible que la disminución (o pérdida completa de la sensibilidad de la piel) no se recupere completamente. También podría presentarse sensibilidad exagerada (hiperestesia) durante algún tiempo.
- **Resultados a largo plazo-** Pueden presentarse alteraciones posteriores en la apariencia de la cicatriz como resultado del envejecimiento, aumento o pérdida de peso, exposición al sol, embarazo, menopausia u otras circunstancias no relacionadas con la cirugía de revisión de cicatrices.

#### **NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL**

En algunas situaciones, quizás no sea posible lograr una corrección óptima de la cicatriz con un solo procedimiento quirúrgico, además, en caso de que se presenten complicaciones, es posible que se necesite cirugía adicional u otros tratamientos.

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.

Es importante que usted lea la información anterior cuidadosamente y que haya respondido todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento

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.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.



Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.  
Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**Las (a) CICATRICES**

Lugar:

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).