

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ Mexicano(a), contando con \_\_\_\_ años de edad, con dirección en \_\_\_\_\_

Autorizo al Médico (a) \_\_\_\_\_ con especialidad en \_\_\_\_\_ para que realice: Una Cirugía de **ASEO QUIRURGICO DE LA QUEMADURA, ESCARECTOMIA DE LA QUEMADURA Y EVENTUAL ESCAROTOMIA, FASCIOTOMIA, COBERTURAS TRANSITORIAS DE PIEL CON ALOINJERTOS, HETEROINJERTOS U HOMOINJERTOS Y/O COBERTURAS DEFINITIVAS CON AUTOINJERTOS, COLGAJOS O SUSTITUTOS DERMICOS.**

(Breve reseña del acto quirúrgico el cual va a realizarse a la o (el) paciente)

Las quemaduras de segundo grado profundo y tercer grado, precisan de 2 tipos de tratamiento. Inicialmente, tratamiento médico general a base de vacuna antitetánica, soluciones, analgésicos, antibióticos, etc. Al mismo tiempo existe un tratamiento local consistente en limpieza o baño de las quemaduras, colocación de gasas y compresas con pomadas que eviten la infección y la pérdida de líquidos y que le den un mínimo confort.

Mediante los procedimientos quirúrgicos se pretende asear la zona de la quemadura, eliminar el tejido desvitalizado y darle 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 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 y patologías agregadas pueden aumentar la frecuencia de 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 de color de la piel hasta grandes secuelas estético-funcionales.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vinculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los \_\_\_\_\_ menores \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ tutor \_\_\_\_\_ legal)

\_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de testigo

El que suscribe Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con especialidad en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, que ejerce la profesión dentro del marco legal establecido en la República Mexicana, con registro en profesiones número \_\_\_\_\_ y con cedula de especialidad número \_\_\_\_\_ con domicilio fiscal para oír y recibir notificaciones en \_\_\_\_\_

Y que ejerce la especialidad en el hospital \_\_\_\_\_

Ante Ud. Y de la manera más atenta expreso:

En cumplimiento de la Norma oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y en consecuencia al artículo 15 del Código Penal Federal vigente se realiza este consentimiento informado.

Quienes con nuestras firmas validamos este documento, manifestamos que con un lenguaje simple, el medico explico el plan de manejo propuesto y aclaro cada una de las preguntas que el paciente planteo, de tal forma que para ambos queda perfectamente claro que tomando en consideración las características personales, individuales del paciente, el acto médico que se requiere, consistente en lo que a continuación se expresa:

Diagnóstico: **QUEMADURAS**

Acto quirúrgico que se propone: **ASEO QUIRURGICO DE LA QUEMADURA, ESCARECTOMIA DE LA QUEMADURA Y EVENTUAL ESCAROTOMIA, FASCIOTOMIA, COBERTURAS TRANSITORIAS DE PIEL CON ALOINJERTOS, HETEROINJERTOS U HOMOINJERTOS Y/O COBERTURAS DEFINITIVAS CON AUTOINJERTOS, COLGAJOS O SUSTITUTOS DERMICOS.**

(Nombre y Firma de puño y letra del paciente) \_\_\_\_\_

Consentimiento informado para CIRUGIA DE QUEMADURAS

El paciente y/o su representante legal hace constar y manifiesta que:

Como un hecho sobresaliente debe señalarse que la explicación del médico fue lo suficientemente clara para evidenciar los beneficios que el acto médico propuesto le ofrece al paciente respecto a otras opciones de manejo, sobresaliendo particularmente las siguientes ventajas positivas del procedimiento de atención antes mencionado.

### **CIRUGIA DE QUEMADURAS**

Declaro bajo protesta de decir verdad que se me ha explicado de manera amplia y detallada el procedimiento al cual seré sometido(a), y se han contestado todas las preguntas que han surgido como dudas durante la explicación que el medico antes referido me ha brindado, así mismo, declaro que no existe ninguna duda sobre el procedimiento que me será efectuado, por lo que reconozco que dentro de los riesgos que se me explicaron fueron los siguientes:

### **RIESGOS DE LA CIRUGIA DE QUEMADURAS**

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que Ud. Comprenda los riesgos asociados. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de las mujeres y/o hombres no experimentan las siguientes complicaciones, usted debe de conocer y considerar cada una de ellas para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la cirugía de QUEMADURAS.

-Hemorragia: Es relativamente frecuente experimentar un episodio de sangrado durante la cirugía tanto en la escarectomía como en la extracción de los injertos, pudiendo necesitar la administración de transfusión sanguínea. Después de la cirugía también es posible una nueva intervención quirúrgica de urgencias para cohibir una hemorragia o drenar un hematoma, así como la realización de una transfusión.

-Ceroma: Es relativamente frecuente, según el tipo de cirugía realizada (colgajos). Cuando ocurre este problema pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido.

-Infección: No es frecuente tras este tipo de intervención. Es más, se realiza la escarectomía para evitar la infección de la zona quemada y que se pueda transmitir al resto del organismo. De todas formas los injertos se pueden infectar, retrasando su incorporación a la zona cruenta subyacente y en los casos más graves pueden llegar a perderse, necesitando una nueva intervención. Las zonas donantes también pueden infectarse retrasando su epitelización.

-Dehiscencia de la herida: Por tensión de los bordes de la herida, necrosis o infección, puede darse una dehiscencia, que requerirá para su solución una nueva intervención.

-Necrosis de los colgajos: Los tejidos utilizados para remodelar la anatomía del defecto, pueden necrosarse por falta de riego o infección, requiriendo nuevas intervenciones.

-Dolor: Es frecuente el dolor en los aseos quirúrgicos, y poco frecuente el dolor crónico a largo plazo a causa de atrapamiento de nervios en tejido cicatrizar después de la intervención.

- Retraso en la cicatrización: A pesar de que todo el proceso vaya bien, se pueden producir retrasos en la cicatrización en pequeñas zonas que requieran muchas curaciones y en algunos casos necesitar una nueva intervención.

- Cicatrización: Las quemaduras son el traumatismo que más secuelas cicatrízales dejan tanto en extensión como en profundidad. Además de los defectos estéticos, pueden producir retracciones cicatrízales que exijan rehabilitación y en ocasiones nuevas intervenciones quirúrgicas para darle funcionalidad a las zonas afectadas.

-Queloides: Los queloides son una forma anormal de cicatrización, produciéndose más cicatriz de la cuenta, sobrepasando los límites, tanto en altura como en anchura, de la cicatriz. Además de los defectos estéticos pueden provocar molestias como picores, dolores, sensación de malestar, etc. En las quemaduras son relativamente frecuentes y también en las zonas donantes. El tratamiento consiste en la presión terapia (vendajes elásticos y compresivos que deben mantenerse durante meses), colocación de placas de silastic, cremas y pomadas y en algunos casos puede ser necesario la cirugía.

-Ulceras: Es relativamente frecuente la aparición de úlceras en las zonas quemadas e injertadas sobre todo si están localizadas en zonas de presión o de fricción. Si se cronifican pueden llegar a malignizarse. Pueden necesitar tratamiento quirúrgico.

- Pigmentación: Puede existir falla de pigmentación o lo contrario hiperpigmentación oscureciéndose de un modo intenso la zona afectada. El sol debe evitarse porque provoca oscurecimiento y porque además es una piel indefensa.

-Alopecia: Cuando las quemaduras profundas afectan a zonas pilosas (cuero cabelludo, cejas, genitales, etc.) puede quedar como secuela una alopecia permanente (falta de pelo de un modo definitivo) que podrá necesitar intervenciones posteriores, como realización de colgajos, colocación de expansores tisulares, injertos capilares.

-Rehabilitación: El largo proceso de curación, la inmovilidad y las posibles retracciones cicatriciales de las quemaduras, van a precisar casi con toda seguridad un periodo no muy corto de rehabilitación, estando bajo el control y tutela de fisioterapeutas y médicos rehabilitadores que irán encauzando debidamente este proceso.

-Sensibilidad y función: Existirá un déficit de sensibilidad en la piel reconstruida.

-Reacciones alérgicas: En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ocurrir por medicaciones utilizadas durante la cirugía o establecidas posteriormente. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

-Anestesia: Tanto la anestesia local como general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Igualmente se manifiesta que tomando en cuenta las características personales del paciente, el médico describió las complicaciones probables que la literatura médica reporta específicamente para el acto médico que se propone y que después de relacionarlos con los beneficios antes descritos, conjuntamente con el paciente deciden el desarrollo del acto médico quirúrgico propuesto, aceptando que se conocen como posibles riesgos los siguientes: Se precisa que se pueden presentar efectos indeseables, derivados de cualquier intervención, como los específicos del procedimiento que se realiza, que pueden llevar a la afectación de órganos. Así mismo, la existencia de riesgos inmediatos, riesgos secundarios y riesgos personalizados (estos últimos en relación a las condiciones propias del paciente y observadas en su valoración médica y de diagnóstico).

---

Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los menores o tutor legal)

---

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

---

Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

---

Nombre completo y firma de testigo

---

Nombre completo y firma de testigo

## **BENEFICIOS DE LA CIRUGIA**

En forma complementaria se manifiesta también, que el médico explico el significado de la libertad prescriptiva que solicita como autorización de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el médico tratante queda facultado para actuar y resolver la contingencia o urgencia que

eventualmente se pudiera presentar, así como para actuar o dejar de hacerlo, si así requiere o hay riesgos. Lo anterior, derivado del acto médico autorizado.

El paciente manifiesta que se le ha informado que la CIRUGIA DE QUEMADURAS es una operación quirúrgica de urgencia y/o electiva, y la alternativa podría consistir en siempre llevar a cabo la intervención y no utilizar un tratamiento alternativo, así mismo se le ha informado que existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo del acto quirúrgico que se menciona. Puede necesitarse cirugía secundaria para realizar una corrección adicional. 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 puedan obtenerse.

El paciente manifiesta que el médico le explico suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, siempre que el procedimiento no se encuentre realizado, reiterando así so absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

Firma del paciente (autógrafa en azul) \_\_\_\_\_

Consentimiento informado para CIRUGIA DE QUEMADURAS.

Refrendo que he leído y comprendido totalmente este documento, las explicaciones al respecto, así como que los espacios en blanco han sido rellenados antes de firmar, y en tal circunstancia, otorgo mi consentimiento para que se me realice el procedimiento de CIRUGIA DE QUEMADURAS.

El paciente hace constar que la información que le ha proporcionado el médico tratante, es suficiente para razonadamente tomar su decisión sobre el consentimiento solicitado, y la manifiesta libremente con su nombre y firma en el espacio correspondiente.

El paciente solicitante o responsable legal, se hará cargo de cubrir todos los honorarios médicos que se causen, y los correspondientes a servicios y materiales médicos y de curación en que se incurran durante el tratamiento solicitado según el presupuesto adjunto.

En el entendido que es necesario la toma de fotografías, videos antes, durante y después del procedimiento autorizo al Dr.

(a). \_\_\_\_\_ o a quien el considere la toma de las mismas y su uso para fines del expediente clínico fotográfico, de enseñanza, presentaciones en Congresos, así como para cualquier otro fin que no sea en detrimento de mi persona y dignidad.

Así mismo autorizo al personal del Hospital en que se llevara a cabo el procedimiento descrito en esta carta de consentimiento, para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Lo anterior para dar cumplimiento de la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y dar cumplimiento al artículo 15 del Código Penal Federal vigente se realiza este consentimiento informado.

Por lo señalado anteriormente, otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para los efectos señalados en las páginas anteriores y firma tanto quien emite el presente consentimiento como el medico encargado del procedimiento y los testigos, en todas y cada una de las hojas que integran el presente consentimiento bajo información.

---

Nombre, Firma y/o Huella digital del paciente

---

Nombre, Firma y/o Huella digital del Representante Legal

---

Nombre y firma del medico

---

Testigo Nombre, Firma y/o Huella digital

---

Testigo Nombre, Firma y/o Huella digital

El presente Consentimiento se firma en México, D.F. a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_. Copia para el paciente y original para el Expediente Clínico.