



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MICROINJERTO CAPILAR

D./Dña.: ..... de ..... años de edad.

(Nombre y dos apellidos)

condominio en .....

y ..... D.N.I.nº ..... en ..... calidad  
de .....

(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Autorizo al Dr./a ...ALBERTO CANDAU ALVAREZ..y a su equipo a intervenirme según hemos acordado verbalmente y por escrito. **Reconozco y comprendo el proceso al cuál voy a ser sometido/a**, tanto en su diagnóstico, pronóstico y tratamientos que el doctor y su equipo consideren oportunos.

Reconozco que una vez leídos los siguientes puntos, incluyendo las complicaciones inherentes a la cirugía, acepto llevar a cabo el procedimiento quirúrgico, **consciente de los riesgos y beneficios** de dicho procedimiento.

He sido correctamente informado de los métodos alternativos de tratamiento para mi caso, pero opto, consciente y libremente por un/ una: **MICROINJERTO CAPILAR (TRASPLANTE DE PELO)**

Considero este tratamiento necesario para mí, ya que siento preocupación por mi problema y creo que esta es la mejor manera de resolverlo de todas las que me han explicado.

Si durante el tratamiento surgiera alguna situación inesperada o complicación que requiriese algún procedimiento distinto a los inicialmente previstos y que me han sido explicados, solicito y autorizo al equipo médico para que realice aquello que crea necesario y conveniente para preservar mi salud, incluidas transfusiones, re intervenciones o traslados a otro centro hospitalario, entendiéndolo y aceptando que dichas acciones pueden modificar los costos y presupuestos a asumir por mi persona.

Reconozco y acepto que en cirugía estética (y este procedimiento lo es) **no se pueden dar garantías ni seguridad absolutas en cuanto al resultado de los procedimientos ni salud del paciente**, ya que en estos intervienen, a lo largo del trans y del postoperatorio, factores y variables independientes de la técnica, el material y los instrumentos utilizados.

Soy consciente que someterse a una intervención quirúrgica puede provocar cualquier complicación grave y ocasionarme lesiones agudas, crónicas e incluso la muerte.

Autorizo la obtención de documentación icnográfica sobre mi caso, que sirva para una correcta valoración diagnóstica, terapéutica y de resultados. Esta información puede ser utilizada para fines de difusión científica y académica, así como para evaluación de resultados.

Fecha.

Firma Dr.: Alberto Candau Alvarez

Firma paciente:

### Información General:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada **MICROINJERTO CAPILAR (TRASPLANTE DE PELO)**, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, pueden aparecer.



## **MICROINJERTO CAPILAR (TRASPLANTE DE PELO)**

- Técnica de tira (Follicular Unit Strip Surgery, *FUSS*): Consiste en la extracción de una tira de piel de la zona donante, de la que posteriormente se obtienen los folículos. Para cerrar la zona donante se realiza una sutura que deja una cicatriz lineal casi imperceptible disimulada por el propio cabello del paciente.
- Técnica de extracción individual de unidades foliculares (Follicular Unit Extraction, *FUE*): Es la obtención de los folículos de forma individualizada, lo que minimiza el impacto en la zona de la extracción. Alrededor de cada folículo obtenido se genera una mínima cicatriz circular. Esta técnica puede ser realizada de forma manual o asistida por extractores de bajas revoluciones.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Confirmando que la operación denominada microinjerto capilar, también denominada “trasplante de pelo”, consiste en el trasplante de folículos pilosos desde la zona donante a la zona receptora, y me ha sido explicada en detalle, con palabras comprensibles por mí. Entiendo que la operación se hará con anestesia local que implicará ser infiltrada en ambas zonas de mi cabeza.

Comprendo que siempre que se realiza una incisión en el cuerpo humano se produce una cicatriz, aunque se hagan todos los esfuerzos para intentar que esa cicatriz sea imperceptible. En el caso de las intervenciones de microtrasplante, las cicatrices pueden tener forma lineal si son producto de una o varias incisiones a lo largo de la zona donante, o múltiples cicatrices circulares de tamaño reducido en todo el área donante. Conozco que pueden aparecer costras y cambio en el color de la piel en las zonas de las incisiones, que suelen ser temporales, así como las molestias que pueden tenerse incluso en un postoperatorio normal. Entiendo que el tiempo de recuperación postoperatoria puede verse afectado por diversos factores que lo hagan más largo, los cuales son propios de cada paciente y no se pueden prevenir.

He tenido la oportunidad de preguntar todas las dudas sobre el procedimiento y sobre el presente documento. Conozco que los resultados después del trasplante pueden tardar entre 6 meses a 12 meses en ser evidentes.

En función del estado del cuero cabelludo del paciente, y de la tipología de la intervención quirúrgica, el cirujano estimará la conveniencia de realizar bioestimulación con factores plaquetarios durante o posterior a la intervención.

## **BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**

Me han explicado el resultado que se puede razonablemente esperar de aumentar el número de pelos y la densidad capilar. Soy consciente de que para obtener los mejores resultados pueden ser necesarias varias sesiones operatorias. Sin embargo, ya que existen múltiples variables en todos los procedimientos médicos y biológicos, no se me han prometido ni garantizado los buenos resultados. Comprendo que después de la intervención existe la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el esperado por mí. Si el doctor o yo pensamos que es necesario realizar más intervenciones, comprendo que esto supondrá costos adicionales, siempre que no se hayan contratado de antemano. Entiendo que también no tendré la misma densidad de cabello que tenía antes de comenzar la pérdida de mi cabello original. Asimismo, sé que mi alopecia de base puede seguir progresando de manera natural, siendo posible la necesidad de tratamiento médico y farmacológico para ralentizarla.



## **ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

Se me han explicado las ventajas e inconvenientes del microinjerto capilar. Asimismo se me han explicado las alternativas al tratamiento, como son: utilizar medicación u otro tipo de tratamiento médico, tratamientos cosméticos y estéticos como la micropigmentación del cuero cabelludo, o el uso de prótesis (pelucas), o simplemente optar por no hacer nada al respecto.

## **RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO**

He sido informado/a que el microinjerto capilar es un procedimiento generalmente seguro, pero comprendo que a pesar de una adecuada técnica y una adecuada selección del paciente, pueden presentarse efectos indeseables y complicaciones tanto comunes derivadas de toda su intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento. Estos pueden ser:

- Riesgos poco graves y más frecuentes, derivados de toda intervención realizada con anestesia local: infección, sangrado o alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica. Dehiscencia en la herida. Dolor prolongado en la zona de la operación. Reacciones adversas al anestésico, como picor o enrojecimiento de la lesión.
- Riesgos graves y poco frecuentes de toda intervención con anestesia local: aunque muy raras e infrecuentes, se pueden dar reacciones adversas graves al anestésico local de tipo alérgico o tóxico, o complicaciones no relacionadas con el mismo como pueden ser las psicomotoras, vasovagales, estimulación simpática, reacciones tóxicas locales, o idiosincrásicas. Complicaciones cardiovasculares debidas al uso de adrenalina. Tromboflebitis. Lesiones neurológicas temporales o permanentes de tipo sensitivo o motor, convulsiones, daño cerebral, shock, incluyendo el anafiláctico, e infarto de miocardio.

Las complicaciones habitualmente requieren tratamiento médico o una reintervención y muy excepcionalmente como posibilidad remota pueden producir la muerte

Riesgos más específicos del microtransplante capilar: infección, necrosis, cambios del color natural de la piel, edema posoperatorio con posible afectación intensa en cara y párpados, quistes foliculares, hematomas, seromas, y foliculitis, formación de cicatrices anchas o elevadas en la zona donante, depresiones o elevaciones de la epidermis en el sitio receptor, y otras complicaciones más raras como formación de queloides, mala dirección del pelo, fístulas arteriovenosas, fracaso completo del crecimiento del pelo transplantado, dolor persistente, disminución permanente de la sensibilidad en el cuero cabelludo, o pérdida del pelo no transplantado también denominado efluvio de la zona donante o receptora que generalmente es temporal, así como la pérdida del pelo transplantado de forma permanente. Existen riesgos aumentados de complicación en fumadores diabéticos y pacientes con alteraciones en el sistema inmune



## **DECLARACIÓN**

Declaro que he sido informado con antelación suficiente para tomar una decisión ponderada y de forma satisfactoria acerca del procedimiento de microtrasplante capilar, así como de sus riesgos y posibles complicaciones.

Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance por evitarlas.

Que te he leído y comprendido este documento del que quedo con copia. Estoy satisfecho con la información recibida formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

Que la cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en cirugía estética para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización; siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso de la cirugía.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto con sólo comunicarlo al equipo médico Y firmar el documento correspondiente.

Reconozco que en el curso de la intervención pueden surgir situaciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y doy por aquí mi expresa autorización para el tratamiento de las mismas incluyendo además procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, prolongar el tiempo de ingreso, etc. en caso de complicaciones durante la intervención. Autorizo al equipo médico a solicitar la necesaria ayuda a otros especialistas según su mejor juicio profesional. Estos gastos no están incluidos en el precio de la intervención y serán abonadas por mi exteriormente. Tampoco se incluyen pruebas diagnósticas que puedan ser necesarias en el posoperatorio inmediato o tardío.

Confirmando no haber omitido o alterado datos al exponer mi historia y antecedentes clínicos quirúrgicos especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

Me comprometo a seguir correctamente en la mayoría de mis posibilidades las instrucciones del cirujano para antes durante y después de la operación antes mencionada y hasta el alta definitiva.

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Que se me ha ofrecido una copia de este documento.

Reconozco que tengo la responsabilidad de pagar los servicios contratados sin que pueda ser reembolsado todo o parte del importe independientemente de los resultados. Comprendo que el precio acordado es por el procedimiento y no por los resultados que espero.



## LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

En relación a su postura con respecto a las imágenes clínicas que se le han tomado, debe indicar qué tratamiento nos autoriza a dar:

Indique, de las siguientes opciones, las marcadas con una X en la casilla correspondiente:

Concede su consentimiento expresamente para la captación y reproducción de cualquier parte de su cuerpo y en general de su imagen antes durante y después del tratamiento, ya sea mediante la utilización de cámaras de video o fotográficas, o cualquier medio acto para grabar y reproducir su imagen y que en todo caso pertenecerán a la clínica serán archivadas en su historial clínico y podrán ser utilizados exclusivamente con la finalidad de realizar el tratamiento médico.

Consciente en la utilización de su imagen anteriormente referida con fines médicos científicos o docentes incluyendo la divulgación en revistas o libros siempre que no sea revelada su identidad.

Consciente en la utilización de su imagen anteriormente referida con fines médicos científicos o docentes incluyendo la divulgación en revistas o libros aunque sea revelada su identidad.

Consiente expresamente y autoriza al Dr Alberto Candau para la utilización divulgación y publicación por cualquier medio de su nombre e imagen del hecho de haberse sometido al tratamiento en la clínica así como de las fotografías o firmes captados para el mismo, con fines publicitarios o comerciales.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

## CONSIENTO

**QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO de MICROINJERTO CAPILAR (TRASPLANTE DE PELO) así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica En .....**  
**.....a.....de.....**

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

Alberto Candau Alvarez  
Cirugía Oral y Maxilofacial  
Colegiado: 14/08302