Consentimiento Informado Inyección Esclerosante

Dra. Lucía Barbieri

Información general: Las sustancias esclerosantes son utilizadas para provocar una reacción inflamatoria a nivel de pequeños vasos venosos, logrando su obstrucción, obteniéndose inmediatamente a la vista una desaparición del trayecto venoso.

Descripción del Procedimiento: Para ello se utiliza un material llamado polidocanol en sus diferentes presentaciones al 0,5%, 1% ó 2%. Las inyecciones se adaptan a cada paciente, según sus necesidades particulares. Esto no detiene el proceso de deterioro del sistema vascular del paciente, sin embargo, puede disminuir en forma temporaria el aspecto de varículas en los tejidos blandos. Las inyecciones se pueden aplicar como un único procedimiento, en combinación con otros tratamientos o como un complemento a un procedimiento quirúrgico. Es necesario en ocasiones contar con un examen previo del sistema vascular del paciente para evidenciar patologías de base y fundamental la utilización posterior de medias compresivas para mantener los resultados.

Riesgos del Procedimiento: Todos los procedimientos implican un cierto riesgo y es importante que usted comprenda estos riesgos y las complicaciones posibles asociados con la inyección de sustancias esclerosantes. Además, todos los procedimientos tienen limitaciones. La elección de una persona de someterse a este procedimiento se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Las complicaciones son poco frecuentes y por lo general poco importantes.

Es posible, aunque poco frecuente, tener un episodio de **hemorragia o hematoma** debido a inyección del esclerosante. Pueden presentarse moretones en las partes blandas. En caso de desarrollar hemorragia tras la inyección, puede requerirse un tratamiento de emergencia o cirugía. La aspirina, los antiinflamatorios, los inhibidores plaquetarios, los anticoagulantes, la vitamina E, el ginkgo biloba y otros “remedios homeopáticos o a base de hierbas” pueden contribuir a un mayor riesgo de un problema hemorrágico. No tome ninguno de

estos medicamentos durante los siete días anteriores y posteriores de las inyecciones.

La **inflamación (edema)** es una manifestación normal después de las inyecciones. Disminuye después de unos días. Si la inflamación tarda en desaparecer, puede necesitarse un tratamiento médico.

El **eritema (enrojecimiento)** en la piel se presenta después de las inyecciones y puede permanecer unos días tras el procedimiento.

Es posible la **hiperpigmentación de la piel** en las zonas de inyección del esclerosante.

Habitualmente se presentan **marcas** de aguja visibles debido a las inyecciones y desaparecen al cabo de unos días.

La **molestia** asociada con las inyecciones es normal y generalmente de corta duración o ligero dolor en la zona.

Pueden presentarse **erupciones** en la piel, comezón, dolor e inflamación tras las inyecciones. Si está considerando un tratamiento con láser, una exfoliación química de la piel (peeling químico) o cualquier otro procedimiento basado en la respuesta de la piel después del tratamiento, o recientemente ha recibido dichos tratamientos y la piel no ha cicatrizado por completo, existe el posible riesgo de una reacción inflamatoria en el sitio de inyección.

Lipotimias en personas impresionables.

Durante el curso de la inyección, se pueden **dañar estructuras profundas** como nervios y vasos sanguíneos. El daño a las estructuras profundas puede ser temporal o permanente.

Aunque la **infección** después de la inyección de esclerosantes es poco frecuente, pueden presentarse infecciones. En caso de que se presente es posible que necesite algún tratamiento adicional.

La **necrosis cutánea** (muerte de piel) o de tejidos blandos más profundos es muy poco frecuente después de las inyecciones de esclerosantes. La necrosis cutánea puede producir cicatrices inaceptables. En caso de que esto ocurra, es posible que necesite tratamiento adicional o cirugía.

Como otros productos, pueden presentarse **reacciones alérgicas** y anafilácticas sistémicas. Estos productos no se deben utilizar en pacientes con antecedentes de alergias múltiples graves, alergias graves manifestadas por antecedentes de anafilaxis. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Dra. Lucía Barbieri

No se debe utilizar en pacientes con propensión conocida a la formación de **queloides o cicatrización hipertrófica**. La seguridad de los pacientes no se ha estudiado.

No debe utilizarse en áreas con inflamación o infecciones activas (por ejemplo, quistes, granos, erupciones o urticaria).

Es muy raro que durante el curso de la inyección del eslerosante, se **inyecte accidentalmente** en estructuras arteriales y produzca una obstrucción del flujo sanguíneo.

No se recomienda que las mujeres embarazadas o que estén amamantando.

Se desconoce si interactúa con **otros fármacos** en el organismo.

Pueden presentarse **otras** complicaciones y riesgos, pero son aún menos frecuentes.

La práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Aunque se esperan buenos resultados, **no hay garantía** expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener.

No se garantiza el mantenimiento **a largo plazo** de la desaparición de los trayectos venosos.

Algunos pacientes **no responden** a este tipo de tratamiento.

Dra. Lucía Barbieri

Riesgos Personalizados:

_____
_____
_____
_____

Alternativas: Las formas alternativas de tratamiento incluyen no tratar las varículas.

Responsabilidad financiera**:** El costo de la inyección del esclerosante puede incluir diversos cargos. Esto incluye los honorarios profesionales para las inyecciones, las visitas de seguimiento para controlar la efectividad del tratamiento y el costo del mismo material. No es probable que las inyecciones de esclerosante para tratar problemas estéticos sean cubiertas por el seguro de salud. 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. Los costos adicionales del tratamiento médico serán su responsabilidad en caso de que se presenten complicaciones debido a las inyecciones.

Al firmar el consentimiento para 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.

Declaro:

1) Que por medio de la presente, autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes seleccionados de ser necesario a realizar la inyección de esclerosante en _____.

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 los resultados de la operación, siendo lo mejor para mi salud.

3) Autorizo la administración de la anestesia que se considere necesaria y aconsejable. Entiendo que todas las formas de anestesia implican un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y algunas veces la muerte.

4) Reconozco que no se me ha dado garantía alguna por parte de la Dra. Barbieri con respecto a los resultados que se puedan obtener.

5) Comprendo que el fin del procedimiento 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

Dra. Lucía Barbieri

un futuro un segundo e incluso sucesivos tiempos quirúrgicos para pequeñas correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.

6) Consiento en ser fotografiado o filmado antes, durante y después del tratamiento en sí, así como para el control evolutivo del caso, siendo este material un medio gráfico de registrar mi defecto o deformidad, propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado en revistas, redes sociales y libros científicos o ser expuestas para propósitos médicos.

7) Consiento expresamente en el tratamiento de mis datos personales que serán recogidos con la finalidad de gestionar adecuadamente la intervención y proceso peri y post procedimiento, e incorporados a los ficheros cuyo responsable es la Dra. Barbieri. Manifiesto que todos los datos facilitados por mí son ciertos y correctos, y me comprometo a comunicar los cambios que se produzcan en los mismos. Asimismo, para poder llevar a buen fin dicha intervención y tratamiento, consiento expresamente en la cesión de mis datos a cuantos profesionales sea necesario para realizar las consultas profesionales pertinentes. La política de privacidad de la Dra. Barbieri garantiza al Paciente en todo caso la posibilidad de ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos.

8) Con objeto de contribuir al progreso de la educación médica, consiento en la admisión de observadores a la sala de operaciones o locales donde se realicen los procedimientos.

9) Me comprometo a seguir fielmente, en la mejor de mis posibilidades, las instrucciones del cirujano para antes, durante y después del procedimiento arriba mencionado y hasta el alta definitiva. Entiendo, comprendo y acepto que las visitas posteriores son imprescindibles y fundamentales para la consecución de un buen resultado final. Me comprometo a seguir fielmente las mismas así como todas las recomendaciones hasta el alta médica definitiva.

10) 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, incluída la toma de medicamentos, tóxicos o cualquier otro tipo de sustancias.

11) Hasta donde sé, no estoy embarazada y no estoy en período de lactancia.

12) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento si lo cree preciso.

Dra. Lucía Barbieri

13) 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.

14) Confirmo que el procedimiento mencionado, me ha sido explicado a fondo por el cirujano 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 una recuperación normal. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, he entendido totalmente este documento, 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 y no deseo más información.

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y LOS PUNTOS CITADOS ANTERIORMENTE, excepto el punto número: ____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (en caso de incapacidad del paciente) con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.):

_____

Testigo: _____

(Nombre, apellidos y firma)

Dra. Lucía Barbieri