

## **Consentimiento Informado Inyección Esclerosante**

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% o 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 de se pueden aplicar como un único procedimiento, en combinación con otros tratamientos o como un complemento a un procedimiento quirúrgico. Es necesario y fundamental contar con un examen previo del sistema vascular del paciente para evidenciar patologías de base y 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 una 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 bacterianas, fúngicas y virales. En caso de que se presente cualquier tipo de infección de la piel, es posible que se necesite tratamiento adicional, inclusive antibióticos.

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 se 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.

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 esclerosante, 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.

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 de la operación 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 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 y libros científicos o ser expuestas para propósitos médicos, NUNCA EN PRENSA DIARIA O REVISTAS COMUNES, salvo con MI PERMISO EXPRESO.

- 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 postoperatorio, 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 de la operación arriba mencionada y hasta el alta definitiva. Entiendo, comprendo y acepto que las visitas postoperatorias son imprescindibles y fundamentales para la consecución de un buen resultado final. Me comprometo a seguir fielmente las mismas así como todas las recomendaciones postoperatorias 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, incluida 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 la operación si lo cree preciso.
- 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) Confirmando que la operación mencionada, me ha sido explicada 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 un postoperatorio 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)

Anulación:

Revoco el Consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_

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

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)

### **Normas de Ingreso Quirúrgico**

Las siguientes indicaciones son muy importantes para su tratamiento; lea completamente y coloque su firma.

#### **En los días previos a la intervención:**

- 1) Recuerde NO TOMAR ningún medicamento, sin consultarlo, incluidos los utilizados para dolores o catarrros y los que lleven ASPIRINA.
- 2) Notifíquenos cualquier cambio de salud (resfriados, infecciones).
- 3) Adviértanos si toma o ha tomado alguna medicación para regular la presión arterial o la coagulación de la sangre, para el corazón, para tratar la diabetes, reuma, nervios, depresión, enfermedades mentales o cualquier infusión o "hierbas", complejos vitamínicos o drogas.
- 4) NO DEBERÍA FUMAR durante las 8 semanas previas a la intervención y las 2 semanas posteriores, como mínimo.

#### **Cuidados Posteriores:**

- 1) Al finalizar, se le indicará el tratamiento que debe seguir en su domicilio y el día que debe acudir a la consulta, para efectuar los controles necesarios.
- 2) No suele ser necesaria la utilización de analgésicos ni de antibióticos tras el procedimiento, pero sí se recomienda seguir una serie de hábitos higiénicos sobre el área tratada.
- 3) Deben de ser evitados los esfuerzos y las actividades deportivas por 24 horas aproximadamente.
- 4) Después del tratamiento, debe minimizar la exposición del área tratada al calor, sol excesivo o la exposición a la lámpara UV y el frío extremo hasta que cualquier inflamación o enrojecimiento inicial haya desaparecido.
- 5) Utilización de medias de compresión.



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)

Normas de Ingreso Quirúrgico

Dra. Lucía Barbieri