Consentimiento informado

Escleroterapia

©2021 American Society of Plastic Surgeons®. Se otorga a los compradores del CD *Recurso de consentimiento informado* una licencia limitada que les permite modificar los presentes documentos y reproducir la versión modificada para su uso únicamente en la práctica privada de los compradores. La American Society of Plastic Surgeons® se reserva todos los demás derechos®. Los compradores no podrán vender ni permitir que terceros usen ninguna versión del CD *Recurso de consentimiento informado,* ninguno de los presentes documentos ni ninguna versión modificada de dichos documentos.

INSTRUCCIONES

El presente es un documento de consentimiento informado que se ha preparado para informarle a usted sobre los potenciales riesgos de la escleroterapia y el/los tratamiento/s alternativo/s.

Es importante que lea la totalidad de esta información cuidadosamente. Ponga sus iniciales en cada página, indicando que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía que propone su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

INFORMACIÓN GENERAL

Hace muchos años, los cirujanos plásticos realizan la escleroterapia como método quirúrgico. La escleroterapia es un método de eliminación de venas superficiales y telangiectasias (arañas vasculares) por el cual se inyecta en la vena una solución denominada agente esclerosante. Cuadros como várices pequeñas, venas superficiales y arañas vasculares pueden tratarse con la escleroterapia. En algunas situaciones, pueden realizarse tratamientos con láser al mismo momento que la escleroterapia.

Pueden emplearse programas de tratamiento cutáneo antes de la escleroterapia y después de ella, a fin de mejorar los resultados.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Otras formas de tratamiento consisten en no someterse al procedimiento propuesto de escleroterapia. Otras formas de tratamiento, incluidos ablación con láser, radiofrecuencia intravascular o intravenosa o tratamientos con láser, pueden reemplazar la extirpación quirúrgica de várices. En determinadas situaciones, la escleroterapia puede ofrecer una ventaja terapéutica específica por sobre otras formas de tratamiento. Por otro lado, los procedimientos con láser, en algunas situaciones, pueden no representar una mejor alternativa que otras formas de tratamiento, cuando está indicado. Las formas alternativas de tratamiento que incluyen láser o procedimientos quirúrgicos se asocian a riesgos y potenciales complicaciones.

RIESGOS INHERENTES A LA ESCLEROTERAPIA

Todo procedimiento quirúrgico abarca determinados riesgos, y es importante que usted los comprenda, así como las posibles complicaciones asociadas. Además, todo procedimiento tiene limitaciones. La elección individual sobre someterse o no a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación del riesgo y el potencial beneficio. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan estas complicaciones, es recomendable que las analice junto con su cirujano plástico, a fin de asegurarse de que comprende todas las consecuencias relevantes de la escleroterapia.

RIESGOS ESPECÍFICOS DE LA ESCLEROTERAPIA

Cambio de color - Hiperpigmentación:

La escleroterapia puede potencialmente cambiar el color natural de la piel. El cambio más frecuente es la hiperpigmentación u oscurecimiento de la piel. Las venas crónicas pueden depositar hemosiderina o hierro en la piel que pueden no ser evidentes hasta que se extirpa la vena. Estos depósitos pueden hacer que la piel parezca más marrón o más oscura una vez que la vena subyacente ya no está. Los moretones o hematomas pueden durar varios días y hasta semanas después del procedimiento según las venas tratadas, pero pueden persistir durante 6 meses o más después de la escleroterapia. Por lo general, la hiperpigmentación desaparece con el tiempo. Tratamientos posteriores con láser pueden ser beneficiosos para mejorar zonas con hiperpigmentación. Hable con su cirujano plástico sobre la duración probable de moretones y la decoloración cutánea. Existe la posibilidad de que haya variaciones de color irregular dentro de la piel, incluso en áreas que son tanto más claras como más oscuras.

Piel dañada:

 ©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

Las soluciones esclerosantes pueden causar pérdida de piel. En general, la mayor parte de las zonas son pequeñas. Si esto ocurre, puede requerirse el cuidado de la herida para permitir la cicatrización de la zona. Si bien es poco frecuente, puede haber zonas grandes de daño tisular provocado por extravasación, inyección en las arterias, etc. Si esto ocurre, pueden requerirse procedimientos más precisos como desbridamiento e injertos de piel. Afortunadamente, la pérdida grave de piel es muy poco frecuente con la escleroterapia.

Reacciones alérgicas:

Pueden ocurrir reacciones alérgicas sistémicas o localizadas a causa de la inyección del agente esclerosante. La mayor parte de las reacciones alérgicas son zonas localizadas con urticaria que pueden tratarse con medicamentos o agentes tópicos. Las reacciones alérgicas graves pueden afectar los pulmones, el corazón o los riñones e incluso pueden causar la muerte. Afortunadamente, las reacciones alérgicas graves a las soluciones esclerosantes son muy poco frecuentes.

Telangiectasias en forma de tela de araña:

El tratamiento de escleroterapia de las venas puede causar que más zonas tengan pequeñas venas. Esto se denomina telangiectasias en forma de tela de araña. Estas zonas con nuevas venas muy pequeñas, por lo general, pueden tratarse con la repetición de la escleroterapia o con la ablación con láser.

Tromboflebitis superficial:

La escleroterapia causa la oclusión de las venas cutáneas superficiales. Estas venas se pueden infectar. La infección superficial de una vena cutánea se denomina tromboflebitis superficial. El tratamiento puede incluir medicamentos, drenaje local o intervención quirúrgica para limitar y detener el proceso infeccioso. Si se requiere un tratamiento quirúrgico, pueden quedarle cicatrices. Puede ser necesario realizar un tratamiento adicional. Afortunadamente, la tromboflebitis superficial es muy poco frecuente con la escleroterapia.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y que se responda a todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento en la página siguiente.

 _____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®
Este formulario es de carácter meramente orientativo. Suministra pautas generales y no es una declaración de estándar de atención. Se recomienda editar y corregir el formulario para que refleje los requisitos normativos del/los centro/s en el/los que usted trabaja, los requisitos de CMS y la Comisión Conjunta, si es aplicable, y los requisitos legales del estado en el que usted trabaja. La ASPS no certifica que este formulario, ni cualquier versión modificada de este, cumpla con los requisitos para obtener el consentimiento informado para este procedimiento en particular en la jurisdicción correspondiente a su práctica médica.

CONSENTIMIENTO para CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO o TRATAMIENTO

1. Mediante la presente autorizo al Dr. Thomas JenebySample y a sus asistentes seleccionados a practicar una **escleroterapia.**

   He recibido la siguiente hoja informativa: **Escleroterapia.**

2. Reconozco que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, la ocurrencia de situaciones no previstas puede hacer necesario que se practiquen procedimientos distintos a los enumerados anteriormente. Por lo tanto, autorizo al médico antes nombrado y a sus asistentes o personas designadas a realizar dichos otros procedimientos, necesarios o convenientes, con base en su criterio profesional. La autoridad otorgada en este párrafo incluye todas las afecciones que requieran tratamiento, incluso aquellas que mi médico no conozca al momento de iniciado el procedimiento.

3. Doy mi consentimiento a la administración de anestésicos considerados necesarios o convenientes. Comprendo que todas las formas de anestesia entrañan riesgos y la posibilidad de complicaciones, lesiones y hasta la muerte.

4. Comprendo lo que mi cirujano puede o no hacer, y comprendo que no se pueden garantizar resultados de forma implícita ni específica. He tenido la oportunidad de explicar mis objetivos, y comprendo qué objetivos son realistas y cuáles no. Se ha respondido a todas mis preguntas, y comprendo los riesgos inherentes (específicos) a los procedimientos que deseo, así como los riesgos y complicaciones, beneficios y alternativas adicionales. Una vez comprendidos todos estos factores, elijo proceder.

5. Doy mi consentimiento a la toma de fotografías o a la televisación antes, durante o luego de la/s operación/es o procedimiento/s a realizar, lo que incluye partes adecuadas de mi cuerpo, para fines médicos, científicos o educativos, siempre que no se revele mi identidad en las imágenes.

6. Con fines de avanzar en la educación médica, doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones.

7. Doy mi consentimiento a la eliminación de tejidos, dispositivos médicos, o partes corporales que se extraigan.

8. Soy consciente de que la utilización de productos sanguíneos conlleva riesgos potenciales significativos a mi salud, y doy mi consentimiento a su utilización siempre que mi cirujano y/o sus asistentes lo consideren necesario.

9. Autorizo la divulgación de mi número de Seguridad Social a las agencias pertinentes para fines de informe legal y registro de dispositivo médico, si es aplicable.

10. Comprendo que los honorarios del cirujano son separados de los cargos de anestesia y hospitalarios, y estoy de acuerdo con dichos honorarios. Si fuera necesario realizar un segundo procedimiento, este conllevará gastos adicionales.

11. Me doy cuenta de que tengo la opción de no realizar la operación. Renuncio a este procedimiento _____.

12. SE ME HA EXPLICADO LO SIGUIENTE EN TÉRMINOS QUE PUEDO ENTENDER:
    a. EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANTEDICHO QUE SE REALIZARÁ
    b. LAS POSIBLES OPCIONES DE PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS
    c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y A LOS ELEMENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE (1-12)
ESTOY SATISFECHO CON LA EXPLICACIÓN OFRECIDA.

_____
Paciente o persona autorizada a firmar en su lugar

Fecha/hora_____ Testigo _____

_____ Iniciales del paciente

©2021 American Society of Plastic Surgeons®