

CONSENTIMIENTO INFORMADO para INFILTRACION CORTICOIDES

Dr. Joaquim Suñol

INSTRUCCIONES

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por el Dr. Joaquim Suñol para informarle sobre la Infiltración de Corticoides, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley General de Sanidad publicada en el BOE del 29-4-86 - nº 102, aptdo. 6 del artículo 10, que dice textualmente: "... siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención o tratamiento. "

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

INTRODUCCIÓN

La Infiltración de Corticoides es una técnica no-quirúrgica para:

- a) Para intentar disminuir el volumen considerado excesivo después de un auto-injerto tejido graso del propio paciente y/o
- b) para mejorar la apariencia estética de cicatrices hipertróficas o queloides y fibrosis cicatriciales postoperatorias o post traumáticas superficiales o profundas, en cualquier zona corporal.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Las formas alternativas de manejo pueden consistir en no tratar las áreas con Infiltración de Corticoides. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas a las formas alternativas de tratamiento.

RIESGOS DE LA INFILTRACION DE CORTICOIDES

Cualquier procedimiento médico (no-quirúrgico o quirúrgico) puede entrañar un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la Infiltración de Corticoides. La decisión individual de someterse a un tratamiento no quirúrgico o una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la Infiltración de Corticoides.

Selección del paciente. Los individuos con tono pobre de la piel, problemas médicos o expectativas no realistas, pueden no ser candidatos para una Infiltración de Corticoides.

Hinchazón o edema. La hinchazón o edema que se produce después de una Infiltración de Corticoides depende de la zona tratada, es muy aparente en los labios y los párpados, y puede durar unos días.

Hematomas y Sangrado. Es muy frecuente la aparición de moratones o hematomas superficiales, que se resuelven espontáneamente a los pocos días. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 5 días antes de la Infiltración de Corticoides, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado.

Infección. La infección después de este tipo de tratamientos es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos o cirugía.

Cambios en la sensibilidad cutánea. Pueden ocurrir cambios temporales en la sensibilidad cutánea después de una Infiltración de Corticoides, que habitualmente se resuelven. La disminución o pérdida completa de la sensibilidad cutánea ocurre infrecuentemente y pueden no resolverse totalmente.

Irregularidades del contorno de la piel. Pueden ocurrir irregularidades del contorno y depresiones de la piel después de una Infiltración de Corticoides. Pueden necesitarse tratamientos adicionales incluyendo cirugía para tratar irregularidades del contorno de la piel tras una Infiltración de Corticoides.

Asimetría. Puede no conseguirse un aspecto simétrico del cuerpo tras una Infiltración de Corticoides. Factores como el tono de la piel, prominencias óseas, y tono muscular, pueden contribuir a una asimetría normal en los rasgos corporales.

Atrofia Grasa y Adelgazamiento Cutáneo. La Infiltración de Corticoides puede causar atrofia grasa y/o adelgazamiento cutáneo en los lugares donde se efectúan. Un número repetido de infiltraciones seriadas en la misma zona facilita estos efectos.

Efectos a largo plazo. Pueden ocurrir alteraciones posteriores en la superficie cutánea o el contorno corporal como resultado del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo u otras circunstancias no relacionadas con la Infiltración de Corticoides.

Reacciones alérgicas. En casos raros se han descrito alergias a las medicaciones utilizadas. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Otros. Usted puede estar insatisfecho con los resultados del tratamiento. Puede ser necesaria la repetición del tratamiento, si el cirujano lo considera necesario.

Anestesia. En zona sensibles y dolorosas, puede ser necesario aplicar anestesia local. Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

SEGURO DE SALUD

La mayoría de las compañías de seguro excluyen la cobertura de operaciones de cirugía estética, como la Infiltración de Corticoides con fines estéticos, o de cualquier complicación que se derive de ellas. Por favor, revise detenidamente las condiciones de su póliza de seguro sanitario.

NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL

Existen muchas condiciones variables además de los riesgos y complicaciones quirúrgicas potenciales que pueden influir en los resultados a largo plazo de la Infiltración de Corticoides. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con la Infiltración de Corticoides.

Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. 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 pueden obtenerse.

RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Los posibles costes adicionales (prolongación de la estancia hospitalaria, ingreso en la UCI, transfusiones sanguíneas, etc.) si se dan complicaciones derivadas de la cirugía y los costes por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con la revisión quirúrgica correrán también a su cargo y no están incluidos en el presupuesto orientativo inicial que se le ha facilitado.

RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

1. Por la presente autorizo al Dr. Joaquim Suñol y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: Infiltración de Corticoides en_____
2. He leído, comprendido y firmado las páginas del documento informativo adjunto: "Consentimiento informado para Infiltración de Corticoides".
3. 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.
4. Soy consciente de que, durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.
5. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.
6. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
7. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
8. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.
9. **ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:**
 - a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.
 - b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO.
 - c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO
10. **LOCALIZACIÓN DE LAS CICATRICES:** En pliegues, surcos y zonas próximas al defecto a corregir.

Firme en el siguiente consentimiento:

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-10), excepto el punto número:_____

SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHA CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MAS INFORMACIÓN.

Paciente o persona autorizada:_____ *Nombre, apellidos y firma.*

Fecha:_____ Testigo:_____ *Nombre, apellidos y firma.*

Consentimiento elaborado según las bases de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)

Versión 2016 – www.dr.sunol.com

Firma Paciente:_____ Consentimiento Informado para Infiltración Corticoides. (Página 3 de 3)