

## CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA LA INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO.

Ningún procedimiento es milagroso, todos ellos tienen limitaciones y posibles complicaciones. Cuando el médico le indica un procedimiento es porque considera que la expectativa de recuperación supera con mucho las complicaciones que pudieran presentarse y en términos generales su resultado será mucho mejor que si usted no se lo realiza. Usted tiene el derecho y la obligación de estar enterado en qué consiste el procedimiento, lo que se espera como resultado de él y de sus posibles complicaciones. Si después de la lectura cuidadosa de este documento persiste usted con alguna inquietud, no dude en consultarla con su médico. Este documento de autorización es para la Clínica de Ojos S.M.B., un documento oficial y al firmarlo la Clínica de Ojos S.M.B., asume que está usted enterado de los posibles riesgos y resultados esperados de su procedimiento.

## INFORMACIÓN SOBRE LA INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO.

El ácido hialurónico (AH) es una molécula que se encuentra normalmente en la piel y otros tejidos, las células de nuestro cuerpo la producen y reemplazan constantemente. El AH tiene la propiedad de atraer agua, brindando a la piel hidratación, volumen, elasticidad, tono y firmeza. Con el paso del tiempo se reduce la capacidad de producción y se disminuye la cantidad de AH en la piel, perdiendo estas características positivas. Así mismo, como proceso natural del envejecimiento, se va perdiendo la proyección de los pómulos y se van cayendo los tejidos al perder soporte y volumen. El AH que inyectamos es reticulado, con algunas modificaciones para que sea más duradero y no se degrade tan rápido en nuestro cuerpo. El efecto que se busca con las inyecciones de AH es aportar a la piel parte de esas características perdidas, reestablecer el volumen y la proyección de los pómulos, dar soporte a los tejidos, minimizar las arrugas y como efecto adicional, estimular la producción de colágeno en la zona inyectada. Aprovechando las características del AH, también lo podemos usar en el tratamiento de algunos tipos de ojera, ojos hundidos, disimular cicatrices, mejorar la posición de la ceja, tratar las sienas hundidas entre otros.

El efecto con el AH es inmediato, sin embargo con los días va ganando hidratación al atraer agua, por lo que se recomienda tomar mucho agua la primera semana post-tratamiento. Las cantidades de AH inyectado son pequeñas, teniendo en cuenta que con los días va a ganar un poco de volumen. El efecto se mantiene entre 6 y 18 meses.

Existen contraindicaciones para este tipo de inyecciones. Son situaciones en las que NO se debe inyectar AH. Por ejemplo: infecciones u otras patologías en la piel donde se deberían efectuar las inyecciones, alergia conocida a los componentes de la inyección, procedimientos odontológicos recientes.

El procedimiento consiste en inyecciones que se efectúan con una aguja muy fina o con una cánula. El AH se inyecta en mínimas cantidades en sitios específicos para cada tipo de indicación. La cantidad de inyecciones y el lugar donde se introduce la aguja depende del efecto que se desea lograr.

### TIPO DE INTERVENCIÓN:

Programada ( ) Urgencia ( )

Inyección de ácido hialurónico reticulado en:

Tercio superior facial ( )  
Tercio medio facial ( )  
Tercio inferior facial ( )  
Otro: \_\_\_\_\_ ( )

Lado Derecho ( ) Izquierdo ( ) Ambos ( )

Anestesia: Tópica ( ) Local ( ) Sedación ( )

El objetivo que se espera conseguir con la inyección de ácido hialurónico es: lograr una mejoría funcional y cosmética al brindarle hidratación, soporte y volumen a las estructuras tratadas. Por ejemplo, atenuar temporalmente las arrugas, disimular las ojeras, reponer temporalmente volumen.

### POSIBLES COMPLICACIONES DE LA INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO:

No existe ninguna intervención sin riesgos. En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en intervenciones perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos. Nadie puede garantizar una intervención exitosa. Para informar en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario le brindamos un listado parcial pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes:

- Dolor, edema, hematoma, infección.
- Granulomas.
- Asimetría facial.
- Irregularidad debajo de la piel.
- Cambio en la coloración de la piel.
- Subcorrección del problema a tratar.
- Caída de los párpados (ptosis).
- Alergia a los componentes de la inyección.
- Oclusiones vasculares (necrosis de tejidos).
- Ceguera.
- Reactivación del herpes facial.
- Complicaciones y riesgos propios de la anestesia empleada.
- Muerte.

Es por esto que este tipo de procedimientos deben ser realizados por personal médico entrenado, para minimizar los riesgos y tratar las complicaciones. La mayoría de complicaciones relacionadas a la inyección de AH pueden ser revertidas con el uso de hialuronidasa, una sustancia que disuelve el AH en caso de ser necesario.

## Testigos

Al firmar este documento acepta haber leído o que le hayan leído el contenido del mismo y haber aclarado sus dudas sobre el procedimiento con su médico tratante.

El suscrito \_\_\_\_\_ con identificación cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, mayor de edad, en mi calidad de persona natural, por medio del presente documento, libremente y sin presión alguna he sido informado, entiendo y acepto ser sometido al procedimiento denominado:

\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
el cual será efectuado por los médicos de la Clínica de Ojos S.M.B. bajo anestesia:

\_\_\_\_\_.

He sido debidamente informado de que el procedimiento de mérito tiene por objeto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

En igual sentido, he sido informado y/o leído los riesgos que entraña el procedimiento y acepto afrontarlos en razón de ser mayor el beneficio esperado. Asimismo, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para la protección de mi salud.

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Valledupar, el presente instrumento hoy: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del paciente\*  
Cédula de ciudadanía Número: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y Firma del Tutor Legal\*\*  
Cédula de ciudadanía Número: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, C.C. y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, C.C. y Firma

\_\_\_\_\_  
Sello del Médico y Firma

\_\_\_\_\_

\* En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico, conforme a lo establecido en la Ley.

\*\* Sólo en caso de menores de edad o incapaces.