

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IONTOFOREISIS EN HIPERHIDROSIS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La iontoforesis es un tratamiento eficaz para la hiperhidrosis (sudoración excesiva), palmar y plantar, aunque de manera ocasional se usa a nivel axilar.

La técnica consiste en aplicar una corriente eléctrica de baja potencia a través de la piel sobre la zona a tratar, durante 10 a 20 minutos. En el caso de las palmas de la mano y/o pies, se sumergen en unas cubetas con agua durante la aplicación de la corriente eléctrica.

Se recomienda iniciar el tratamiento mediante sesiones de forma diaria o casi diaria hasta apreciar una mejoría evidente en la sudoración. La frecuencia de las sesiones irán en descenso hasta obtener un buen resultado.

Es importante conocer que la iontoforesis no provoca una disminución definitiva del sudor sino que sus efectos son temporales (durando más o menos tiempo dependiendo de cada paciente), por lo que son necesarias sesiones de recuerdo tras haber alcanzado la respuesta óptima para mantener dicho efecto. La frecuencia de estas sesiones de recuerdo son muy variables, dependiendo de factores individuales y de la época del año.

La finalidad de la técnica es conseguir una mejora de la calidad de vida al disminuir o desaparecer la causa que le origina la hiperhidrosis.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Ocasionalmente pueden presentarse efectos no deseados como:

- Al inicio del tratamiento puede que sus síntomas empeoren, estos desaparecerán en lo largo de las sucesivas sesiones.
- Sequedad de piel.
- Picor.
- Sensación de descargas eléctricas o “cosquilleos” durante el tiempo que dura la sesión.
- Enrojecimiento.
- Irritación.
- Aparición de vesículas o incluso ampollas en las zonas tratadas.
- Quemaduras y necrosis (muerte celular de la piel).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento tópico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Embarazo.
- Portadores de marcapasos o de otros dispositivos electrónicos.
- Mujeres portadoras de DIU que contenga metal.
- Presencia de prótesis metálicas.
- Enfermedades cardíacas.
- Epilepsia.
- Alteraciones de la sensibilidad.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Infiltración con toxina botulínica.
- Anticolinérgicos (medicamentos que favorecen la disminución de la sudoración).
- Cloruro de aluminio.
- Simpatectomía torácica (mediante cirugía se cortan los nervios de la parte del cuerpo que suda demasiado).

AUTORIZACIÓN PARA “IONTOFOREISIS EN HIPERHIDROSIS”

Yo, D./Dª _____, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Firma del representante legal: | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº: |

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: