

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO POR FOTOCAUTERIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS PLANTARES/PAPILOMAS Y LESIONES HIPERQUERATOSICAS INTRATABLE (I.P.K.)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo que debe plasmarlo en la fórmula de revocación de tratamiento no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

## **A. Datos de Identificación del Paciente y Podólogo**

Paciente D./Dña: \_\_\_\_\_

Con D.N.I.- \_\_\_\_\_ y Número de historia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Podólogo D/Dña \_\_\_\_\_ nº de Colegiado \_\_\_\_\_

## **B. Exposición del procedimiento, alternativas, consecuencias y riesgos**

*Lo que usted debe saber sobre las verrugas plantares/papilomas.-*

Las verrugas plantares o papilomas son infecciones víricas muy comunes de la piel y están causadas por el virus del papiloma humano (VPH), responsable de estas lesiones dérmicas, el cual representa un gran grupo de virus estrechamente relacionados, con más de 100 tipos.

En general, estas lesiones dérmicas son refractarias a muy diferentes tratamientos y pueden persistir durante décadas en los adultos, esta circunstancia hace que no exista un tratamiento único y eficaz siendo la recurrencia del proceso una cuestión de alta prevalencia.

Por lo anteriormente comentados el algoritmo terapéutico es muy variado; el que se utiliza de manera habitual se relaciona con la cirugía, *la electrocoagulación, la crioterapia con nitrógeno líquido y la vaporización con láser*, aunque en la mayoría de los casos se emplean *agentes tópicos, como el ácido salicílico, el nítrico y el monocloraacético, y agentes citotóxicos, como el sulfato de bleomicina, la podofilotoxina y el 5-fluoracilo*<sup>1</sup>.

También y debido a la carencia de estudios controlados que se centren específicamente en el tratamiento de las verrugas se pone en relieve la necesidad de realizar investigaciones en este campo y adecuar el tratamiento a las características e idiosincrasia de los pacientes tratados ya que no existe el tratamiento ideal para esta patología.

## *El LaserCure de diodo como alternativa terapéutica*

En el tratamiento de verrugas plantares, tanto lesiones únicas como en mosaico, el Laser de Diodo ha demostrado ser muy eficaz debido a la precisión de la vaporización y a su capacidad de tratamiento completo en una sola sesión, el porcentaje de cura es muy elevado, llegando en ocasiones al 96% de las lesiones tratadas.

La ablación precisa que se puede lograr con el Laser permite la destrucción de las verrugas plantares e I.P.K. con mucha mayor exactitud que con terapias alternativas y mejores resultados clínicos.

Para una mayor eficacia de tratamiento se considera importante realizar una vaporización de un centímetro del borde perilesional en tejido aparentemente sano porque aunque no exista manifestación clínica de lesión en este tejido se considera de alta probabilidad la existencia de virus “acantonados” en dicho tejido, por tanto es muy importante eliminar esos márgenes por seguridad y evitar recurrencias del proceso patológico con la formación de nuevas lesiones.

## *Que efectos secundarios y riesgos puede presentar el tratamiento con LaserCure de Diodo*

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Las más leves y más frecuentes (>12% de los casos):

- Dolor en la zona de punción.
- Hipopigmentación en la cicatriz.
- Infección en la zona tratada.
- Recurrencia de la lesión.
- Si el área no es anestesiada puede experimentar dolor y sensación de quemazón en la zona tratada.

Las más graves y menos frecuentes:

- Si la lesión es anestesiada puede mantener sensación de hormigueo y falta de sensibilidad por unos días que se pueden prolongar durante algún mes.
- Reacción de tipo valgal (mareo, vómitos).
- Cicatriz hipertrófica, fibrosa o antiestética.

### *Que precauciones debo tener durante el tratamiento con LaserCure de Diodo*

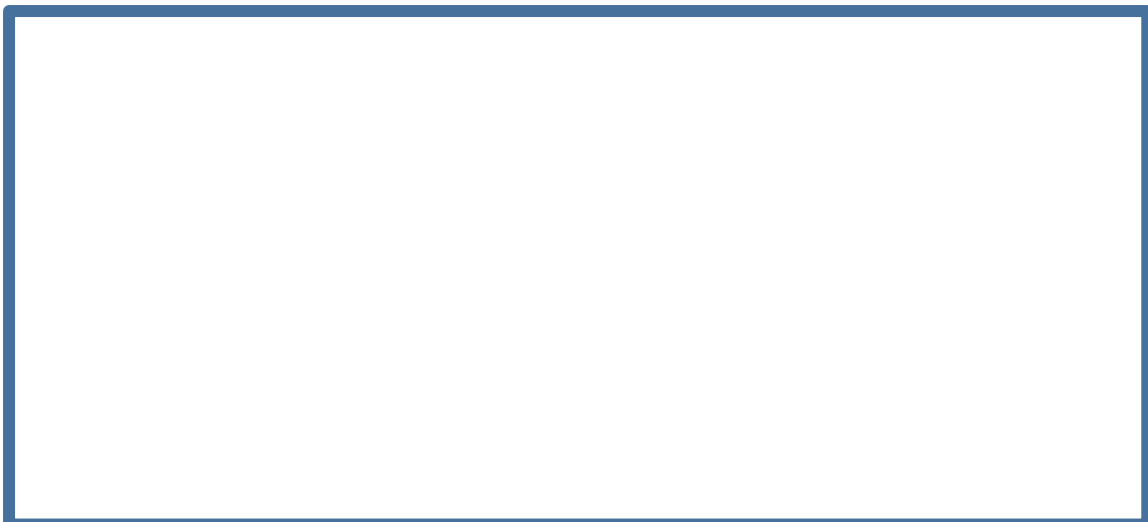
El día del tratamiento es conveniente que utilice ropa y calzado cómodo y ancho, le solicitaremos que utilice unas gafas especiales, que se le facilitarán en consulta, para proteger sus ojos.

Una vez tratada la lesión deberá de tratar con cuidado la zona, siguiendo las recomendaciones que se darán tras la aplicación del tratamiento, que generalmente serán limpieza de la zona con jabón, secado minucioso y aplicación de algún medicamento en forma de crema o pomada que ya se le recomendará. Incluso si la lesión es muy extensa y se encuentra en la planta del pie puede ser conveniente que no apoye el pie por unos días o el uso de algún ortésico que descargue la lesión.

### *Otras cuestiones para las que le pedimos su consentimiento:*

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

### *Diagrama o imágenes explicativas del procedimiento si fueran necesarias*



### **C. Fórmula de consentimiento de aplicación de tratamiento de Laser Cure diodo**

Yo Don/Dña \_\_\_\_\_ he leído la hoja de información que me ha entregado el/la Podólogo D/Dña \_\_\_\_\_ con número de Colegiado \_\_\_\_\_. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el podólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones de la misma forma que AUTORIZO a la práctica de técnica requerida, así mismo queda implícitamente autorizada la exploración física previa y de laboratorio, así como la toma de fotografía o vídeo con científicos y comerciales (Cartelería o redes sociales) salvaguardando siempre mi identidad . De igual forma me comprometo a seguir los consejos y recomendaciones que me sean ordenados para el período postoperatorio así como a asistir a consulta para las curas y revisiones que sean precisas.

**CONSIENTO que se me realice el procedimiento de fotocauterización por LaserCure Diodo para el tratamiento de lesiones verrugosas/papilomatosas y/o hiperqueratóticas.** Para ello firmo el presente consentimiento en \_\_\_\_\_ con fecha \_\_\_\_\_

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A Fdo. EL / LA PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL

### **Revocación de consentimiento**

Yo, Don/Dña \_\_\_\_\_ **REVOCO el consentimiento prestado** en fecha. \_\_\_\_\_ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme al procedimiento anteriormente descrito.

En \_\_\_\_\_ con fecha \_\_\_\_\_

Fdo. EL / LA PODÓLOGO / A Fdo. EL / LA PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL