

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FLEBOESCLEROSIS MEDIANTE ESPUMA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las varices son dilataciones de las venas superficiales de las piernas. A veces sólo son un problema estético, pero suelen producir dolor, cansancio, pesadez de piernas o hinchazón. Con el tiempo pueden aparecer flebitis (inflamación de las venas), úlceras o incluso romperse las venas y sangrar.

La técnica consiste en inyectar con una aguja fina, una sustancia en forma de espuma dentro de la vena que produce la inflamación y cerrarla como si fuera un pegamento. Para localizar la vena enferma se hace una ecografía. Según el tipo y el número de venas serán necesarias más o menos sesiones.

Generalmente para la realización de la técnica no se emplea anestesia, pero en personas muy sensibles se pueden utilizar cremas con anestesia.

Tras el procedimiento se debe llevar una media o venda durante unos días. El resultado estético no se puede garantizar.

La finalidad de la técnica es:

- Disminuir el flujo anormal del sistema venoso superficial.
- Disminuir o eliminar los síntomas de dolor, cansancio, pesadez de piernas o hinchazón y el aspecto estético de la pierna.
- Completar otros tratamientos de la insuficiencia venosa crónica en sus diversos grados o en casos de reaparición tras tratamientos previos.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Enrojecimiento y aumento de sensibilidad de la zona.
- Hematomas y manchas oscuras en la piel que normalmente van desapareciendo con el tiempo.
- Ampollas cutáneas en zonas de compresión.
- Úlceras por extravasación (salida de líquido por fuera de la vena) del agente esclerosante que se inyecta.
- Las venas que se tratan, no siempre desaparecen por completo.
- Pueden aparecer varices o zonas de capilares muy finos alrededor de la zona.
- Reparación o aparición de nuevas dilataciones varicosas en las mismas zonas o en otras.
- Trombosis venosa profunda (coágulo en el interior de un vaso sanguíneo).
- Embolia pulmonar (coágulo en el interior de los vasos que llegan al aparato respiratorio).
- Inyección intraarterial en vez de intravenosa del agente esclerosante (extremadamente rara).
- Alteraciones neurológicas focales.

- Cefaleas, empeoramiento de la migraña.
- Fotopsias (destellos en la vista).
- Isquemia cerebral (disminución del flujo de la sangre en una zona del cerebro), muy rara.
- Reacción alérgica al inyectar una sustancia extraña en el organismo, que puede ser leve (enrojecimiento de la piel o picor) o llegar a ser graves (shock anafiláctico).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

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

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Extirpar las pequeñas varices de forma aislada (varicectomía).
- Redirigir la circulación por las varices (cura CHIVA).
- Eliminarlas con láser, radiofrecuencia o con frío (crioesclerosis).
- También es posible no quitar las varices y sólo tratar de controlar las molestias con ejercicios, medias de compresión y medicinas.

AUTORIZACIÓN PARA "FLEBOESCLEROSIS MEDIANTE ESPUMA"

Yo, D./D^a _____, 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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

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: