

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE VARICES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las varices son venas hinchadas, retorcidas y dilatadas. Habitualmente aparecen en las piernas, pero pueden presentarse en otras partes del cuerpo. Las varices pueden estar cerca de la superficie de la piel de la pierna y/o afectar al sistema profundo (vena safena interna).

La cirugía consiste en la realización de pequeñas incisiones quirúrgicas en la piel en zonas cerca de la parte superior, media e inferior de la vena dañada (ingle, pantorrilla y/o tobillo), por las que se introduce un cable flexible y delgado por la vena dilatada para su extirpación.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el mejor tratamiento.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia más adecuado en su caso.

Tras el procedimiento deberá usar vendajes y medias de compresión.

La finalidad de la técnica es mejorar la circulación venosa de las piernas, intentando mejorar los síntomas que padece (pesadez y cansancio en las piernas), e intentar prevenir las posibles complicaciones (trombosis, sangrado, úlcera venosa, lesiones cutáneas, etc.).

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:

Riesgos frecuentes:

- Hematoma.
- Flebitis (inflamación de las venas).
- Alteración transitoria de la sensibilidad de la piel.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Reparación de varices.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Lesión vascular.
- Trombosis venosa (coágulo en el interior de un vaso sanguíneo).
- Lesión nerviosa con alteración sensitiva o motora (dificultad para la marcha).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.

- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

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

No tiene. Existen otras alternativas terapéuticas que no están incluidas en la Sanidad Pública.

AUTORIZACIÓN PARA “CIRUGÍA DE VARICES”

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:



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*

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: