



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR

PROCEDIMIENTO:

CIRUGÍA DE VARICES: CURA C.H.I.V.A.

CONSERVADORA Y HEMODINÁMICA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA AMBULATORIA

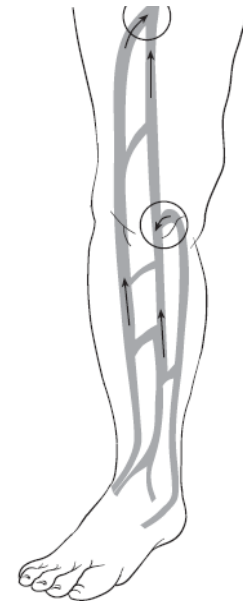
1. ¿QUÉ ES?

Las varices son dilataciones de las venas superficiales de las piernas, que funcionan de manera anormal y no conducen sangre hacia el corazón. A veces sólo son un problema estético, pero suelen producir sintomatología como dolor, cansancio, pesadez de piernas o hinchazón. Con el tiempo pueden aparecer complicaciones como flebitis, úlceras, o incluso romperse las venas y sangrar. El objetivo de la intervención es evitar las molestias y prevenir las complicaciones.

2. ¿CÓMO SE REALIZA?:

Esta intervención consiste en *ir cerrando las venas por encima o por debajo de las comunicaciones entre ellas* para dirigir hacia arriba la circulación de la sangre. Suele hacerse a través de mini-incisiones sobre las venas que se vayan a cerrar. Antes de la operación hay que dibujar un mapa de las venas sobre la piel (cartografía), que se hace con una ecografía, específico de cada caso. El lugar y número de incisiones varía de un paciente a otro. En ocasiones puede planificarse realizar la intervención en varias fases

La anestesia suele ser local, asociado a sedación, aunque dependerá de los anestesiólogos y ellos me explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.



3. ¿CUÁLES SON SUS RIESGOS?:

Los riesgos vitales son poco frecuentes; aunque como en todo acto médico, y especialmente por la necesidad de utilizar en algunos casos anestesia general para realizar este procedimiento, podrían llegar a producirse. Estos riesgos son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que el paciente presente. Los riesgos más comunes, pero poco habituales de este procedimiento incluyen:

Riesgos y complicaciones locales:

- Hematomas grandes en las heridas operatorias o en el trayecto de las venas extirpadas, que suelen desaparecer en un periodo de tiempo moderado.
- Infección de la herida quirúrgica. Puede requerir, drenaje quirúrgico, antibióticos y curas de la herida durante un periodo de días y eventualmente ingreso hospitalario.
- Lesión de algún nervio que esté cerca, que puede dar lugar a adormecimiento u hormigueo o incluso cierta impotencia funcional transitoria.
- Pueden aparecer cicatrices hipertróficas (queloides).
- Ocasionalmente puede presentarse inflamación de algún segmento de vena superficial (flebitis).
- Pueden quedar algunas manchas en las zonas de los hematomas o que no desaparezcan todas las varices (residuales). También pueden aparecer varices nuevas (recidivadas).



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR

PROCEDIMIENTO:

CIRUGÍA DE VARICES: CURA C.H.I.V.A.

CONSERVADORA Y HEMODINÁMICA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA AMBULATORIA

Riesgos Generales:

Trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y hemorragia.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:

Los beneficios esperados son la mejoría de las molestias y la disminución de las dilataciones venosas. Dependiendo de la técnica realizada según el tipo de varices, se puede esperar una incorporación inmediata a la vida normal, siendo lo habitual que pueda volver a casa caminando, con una media elástica o un vendaje compresivo. Es posible que persistan algunas venas varicosas residuales que irán desapareciendo con el tiempo, pero algunas pocas pueden persistir, y resolverse con otras técnicas complementarias.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:

En caso de no llevarse a cabo la intervención hay que esperar una evolución de la enfermedad con progresión de las varices, sus síntomas y la aparición de complicaciones propias de esta patología: edemas, hipodermatitis, varicoflebitis, varicorragia y úlcera venosa.

6. ALTERNATIVAS:

Existen otras formas de tratamiento que se emplean para corregir sus varices:

- Eliminación de las venas principales (safenectomías).
- Quitar sólo las venas pequeñas que están dilatadas (varicectomías).
- Eliminarlas con fuentes de calor (láser, radiofrecuencia), productos químicos (esclerosis, espuma) o con frío (crioesclerosis), opciones que suelen estar fuera de la medicina pública.
- También es posible NO quitar las venas y sólo tratar de controlar las molestias con ejercicios, medias de compresión y algunas medicinas.

7. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE:

Los riesgos serán mayores en función del tamaño de las varices, edad del paciente y la presencia de enfermedades asociadas. Comprendo que, aunque está técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación. Pueden ser inesperadas o relacionarse con mi situación general (diabetes, obesidad, hipertensión, cardiopatía, etc.):

.....
.....

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO****ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR****PROCEDIMIENTO:****CIRUGÍA DE VARICES: CURA C.H.I.V.A.****CONSERVADORA Y HEMODINÁMICA DE LA INSUFICIENCIA VENOSA AMBULATORIA****DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO****DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida, y adjunta por escrito en las páginas precedentes.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento
- Por lo tanto:

 Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

En _____ a _____ de _____ de 20_____.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____