

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN DE ENDOABLACIÓN POR ESCLEROTERAPIA DE VARICES.

Información

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 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.

1- EN QUE CONSISTE. PARA QUE SIRVE

Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones pertinentes encontrando que tiene dilataciones de las venas superficiales de las piernas, varices cuyo mejor tratamiento es la escleroterapia de las mismas para aliviar las molestias de pesadez, y mejorar la estética.

2-¿CÓMO SE REALIZA?

El procedimiento consiste en la punción de las venas varicosas y la inyección de una sustancia para producir una flebitis química controlada y eliminar dichas varices. El objetivo de la misma es que desaparezcan o mejoren síntomas como pesadez, cansancio, picores y calambres en las piernas, aunque para asegurar dicho objetivo es necesario que el paciente siga los consejos venosos indefinidamente. Es posible que los síntomas no desaparezcan, aunque desaparezcan las lesiones venosas a tratar.

Este procedimiento se realiza sin anestesia.

Cuánto dura: de 60 a 90 minutos aproximadamente

3.- ¿QUE EFECTOS LE PRODUCIRÁ?

Después de la intervención deberá llevar una media o vendaje durante unos días. Es una constante la aparición de molestias que ceden con analgesia habitual.

4.- ¿EN SE BENEFICIARÁ?

Desaparecerán las lesiones venosas a tratar En la mayoría de los casos se consigue que disminuya de forma importante la pesadez, el dolor de las piernas.

5- OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO.

Para las varices muy bajo diámetro como las tuyas no hay otros tratamientos clínicamente contrastados y el cirujano vascular de la clínica considerado que esta técnica es la más apropiada en su caso.

6-¿QUÉ RIESGOS TIENE?

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. El riesgo de mortalidad es prácticamente nulo.

Lo habitual es que en menos de 12 horas pueda volver a casa caminando, con una media o una venda, y hacer una vida relativamente normal.

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Riesgos propios de la intervención

- Puede tener alguna intolerancia o alergia a algunos de los esclerosantes habituales. Circunstancia casi excepcional.
- Puede haber alguna complicación a nivel de las heridas (hematomas, líquido acumulado (seromas), o infecciones.
- A pesar de la protección adecuada, pueden producirse pequeñas quemaduras en zonas de piel muy cercanas a la vena a tratar.
- Pueden quedar zonas “acorchadas” o con mucha sensibilidad por irritación de los nervios de la pierna (neuropatías de safeno).
- De forma excepcional pueden formarse trombos en las venas profundas de la pierna y producir embolias de pulmón.
- Sin ser complicaciones pueden ocurrir las siguientes circunstancias: Pueden quedar algunas manchas oscuras en las zonas de los hematomas o que no desaparezcan todas las varices o no se quiten porque no se considera conveniente (varices residuales).
- Pueden aparecer varices nuevas (varices recidivadas), al cabo de un tiempo porque la enfermedad venosa crónica sigue desarrollándose.
- En algunos casos de insuficiencia venosa muy avanzada, los síntomas o las úlceras pueden permanecer

Riesgos personalizados

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de la anestesia y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación clínica del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc). En mi caso particular me han informado que tengo especial riesgo por:

.....

7-¿QUIÉN ME LO VA HACER?

Será realizado por el Dr. Pedro Fernández Díaz-Villabella, médico especialista en Angiología y Cirugía Vascul con número de colegiado 3311048.

8- EFECTOS DE LA NO REALIZACIÓN:

La no realización de este procedimiento supone dejar la enfermedad a su evolución natural.

9-EN CUALQUIER CASO, QUIERO QUE SE RESPETEN LAS SIGUIENTES OBJECIONES

.....
.....

10.- OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE 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.

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESCLEROTERAPIA DE VARICES.

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE sera necesario el consentimiento del de/de la representante legal)

(En caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento, lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene mas de 12 años, se escuchara su opinión. Si el paciente esta emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo en caso de actuacion de grave riesgo, según el criterio facultativo, los representantes legales serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión

11- DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE

DNI/NIE

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL

DNI/NIE

12- PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE

FECHA

FIRMA

Pedro Fernández Díaz-Villabella

APELLIDOS Y NOMBRE

FECHA

FIRMA

Azucena Monjardín Pasarín



INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

13- CONSENTIMIENTO

YO, D/Dña: _____, manifiesto
testo que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la
información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y
libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime
oportuno.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la
forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud,
que pudieran surgir en el curso de intervención.

___SI___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para
investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras
investigaciones diferentes, los investigadores se pogan en contacto conmigo para solicitar me
consentimiento.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento
científico.

En _____ a _____ de _____ de _____
EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:



INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

14- RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

