

Consentimiento para la ablación con catéter de venas superficiales

Por la presente autorizo a Dr./Dra. _____ y asociados / asistentes y otros proveedores de atención médica que él / ella considere necesario a cerrar mi/s vena/s superficial/es de mi pierna derecha / izquierda, incluyendo la/s vena/s safena mayor o safena menor utilizando uno o más de los métodos siguientes:

- Láser Radiofrecuencia

Dr. /Dra. _____ me ha explicado que sufro de insuficiencia venosa crónica (IVC). La insuficiencia venosa crónica de las venas superficiales es en gran parte el resultado del funcionamiento deficiente de la válvula de la vena que no permite un eficiente drenaje de sangre de las piernas. La acumulación de sangre adicional en las piernas produce la distensión de la vena y la fuga de líquidos de las venas en el tejido circundante. Esto conduce a los síntomas y signos de IVC la cual incluye, en parte, lo siguiente:

- 1) Pesadez en las piernas o dolor de pantorrilla después de estar parado o sentado por períodos prolongados,
- 2) hinchazón del tobillo y / o de la pantorrilla,
- 3) Venas varicosas que son grandes, visibles bajo la piel,
- 4) Úlceras venosas, y
- 5) Venas sangrantes en las piernas.

Él / ella me ha explicado que la técnica de ablación venosa superficial cierra la vena superficial de tal manera que las válvulas con fugas ya no existen más.. La sangre de la vena cerrada se desvía a las venas profundas.

Procedimiento: La técnica de ablación consiste en colocar una aguja y el catéter en la vena superficial en condiciones estériles. La anestesia local, se utiliza para adormecer la piel para que la colocación del catéter no duela. El catéter se coloca cerca de donde la vena superficial desemboca en las venas profundas. El área alrededor de la vena tratada puede requerir inyecciones adicionales de una preparación líquida llamada anestesia tumescente que adormece tanto los nervios alrededor de la vena y colapsa la vena alrededor del catéter. Las técnicas de radiofrecuencia y láser luego "cierran" o remueven la vena usando calor para dañar y ocluir el interior de la misma. En algunos casos puede ser necesaria la utilización de otro tipo de anestesia, esto queda a criterio del o la médico/a actuante.

Opciones de tratamiento: En general no hay grandes riesgos si opto por no recibir tratamiento. Soy consciente de que los tratamientos alternativos existen y pueden incluir ningún tratamiento, la compresión, la cirugía para extirpar las venas, y la escleroterapia (ablación química).

Riesgos: También me han advertido de los riesgos de este procedimiento que pueden incluir:

1. Fracaso para cerrar la vena o reapertura de la misma en un momento posterior.
2. Hinchazón de la pierna
3. Moretones en la piel / decoloración de la piel / formación de cicatrices en el sitio de inserción
4. Inflamación de la vena tratada con dolor, sensibilidad y enrojecimiento
5. Lesión nerviosa con entumecimiento u hormigueo temporal o permanente en la pierna
6. Quemaduras en la piel que pueden necesitar ser tratados con cirugía adicional
7. infección / hemorragia
8. Formación de coágulos de sangre en el sistema venoso profundo (es decir, trombosis venosa profunda)
9. Raramente, lesión de la arteria causando la disminución del flujo de sangre a la pierna

Beneficios:

Dr. _____ me ha explicado los beneficios de este tratamiento, es decir, mejoría o resolución de los signos y síntomas mencionados anteriormente. También ha explicado que si decido no tratar mi condición, podría o no presentar progresión de los síntomas y daño tisular en la pierna (s) y que mi condición puede suponer un empeoramiento de mi pierna en un futuro.

Él / ella no ha garantizado los resultados de la cirugía ni la ausencia de posibles complicaciones. He tenido suficiente oportunidad de discutir mi condición y el tratamiento propuesto y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Creo que tengo un conocimiento adecuado sobre el que basar un consentimiento informado para el tratamiento.

Autorizo No autorizo la toma de fotografías / videos para uso relacionado a mi atención, así como para propósitos educativos o fines científicos.

FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO

He informado al paciente de las alternativas disponibles para el tratamiento de las venas safenas o superficiales y del potencial riesgo quirúrgico, complicaciones y resultados que pueden ocurrir como resultado de ello.

MÉDICO

FECHA