

	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCLEROTERAPIAS	FO-CE-008-V001
		Página 1 de 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE VENAS VARICOSAS SUPERFICIALES POR ESCLEROTERAPIA

Fecha: _____

Nombres y Apellidos del Paciente: _____

TD: _____ No. Documento: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

ESCLEROTERAPIA:

La escleroterapia, consiste en un procedimiento ambulatorio en el que se inyecta una sustancia (agente esclerosante) que irrita la capa más interna de la vena, produciendo la inflamación y posterior cicatrización de ella, pretendiéndose lograr la desaparición visual de ésta.

El procedimiento es ambulatorio y se realiza sin necesidad de anestesia, siendo su finalidad fundamentalmente estética, en el sentido de hacer desaparecer las várices y telangetasias (arañas vasculares) visibles.

En algunas ocasiones, el especialista puede ordenar que la realización de un examen de ultrasonido Doppler, este consiste en examinar el flujo sanguíneo de las principales venas de las piernas, con el fin de diagnosticar su estado, del sistema venoso profundo y superficial, el número de vasos afectados y el calibre de los mismos.

Es importante mencionar que la localización de esta terapia no impide la aparición futura de nuevas arañas vasculares o várices en localizaciones diferentes al sitio tratado.

PREPARACIÓN:

En las consultas con su Cirujano Vascular, se realizará una historia clínica para reconocer posibles patologías asociadas, factores de riesgo e historia clínica vascular específica.

En estas consultas, el paciente debe indicarle al especialista todo lo que sea importante, como los medicamentos que está ingiriendo, las alergias, y todo lo que pueda ser relevante.

El Paciente no se debe aplicar ninguna loción a las piernas antes o después de la escleroterapia; para cada sesión debes usar ropa cómoda y suelta, además deberá traer 1 venda elástica 6x 5.

RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO:

Junto con la realización del procedimiento, es importante que el paciente siga las indicaciones dadas por el médico tratante, especialmente en relación al tipo de reposo y soporte elástico a utilizar, así como el control posterior del procedimiento realizado y la programación de las futuras sesiones.

	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCLEROTERAPIAS	FO-CE-008-V001
		Página 2 de 4

RIESGOS:

En general, la escleroterapia tiene pocas complicaciones graves.

En la zona de la piel donde se introduce la aguja pueden producirse los siguientes efectos secundarios:

- Moretones.
- Áreas enrojecidas en relieve, lo que se conoce como urticaria.
- Llagas pequeñas en la piel.
- Oscurecimiento de la piel.

Una serie de pequeños vasos sanguíneos enrojecidos.

Estos efectos secundarios suelen desaparecer luego de unos días o semanas. Algunos pueden tardar meses o más tiempo en desaparecer por completo.

Los siguientes son algunos efectos secundarios menos frecuentes de la escleroterapia que podrían requerir tratamiento:

- Inflamación. Suele ser leve, pero puede causar hinchazón, calor y molestias alrededor del lugar donde se introdujo la aguja. Esto se puede aliviar con un analgésico de venta libre, como aspirina o ibuprofeno (Advil, Motrin IB y otros).
- Coágulo sanguíneo. Si se forma un bulto de sangre coagulada en una vena tratada, podría ser necesario drenarlo. En muy pocas ocasiones, un coágulo sanguíneo puede trasladarse hasta una vena más profunda de la pierna, esta afección se conoce como trombosis venosa profunda.
- Burbujas de aire. Pueden formarse pequeñas burbujas de aire en la sangre. Esto podría no causar síntomas, pero en caso de haberlos, podrían incluir destellos de luz, dolores de cabeza, desmayos y náuseas.

Por lo general, estos síntomas desaparecen, pero si tienes problemas de movimiento o de sensación en los brazos o las piernas después del procedimiento, llama al proveedor de atención médica.

Reacción alérgica. Si bien es poco frecuente, es posible tener una reacción alérgica a la solución que se utiliza para el tratamiento.

CONTROLES:

Para la realización de este procedimiento, está previsto efectuarse una cantidad de sesiones que se le ha informado y ordenado al paciente en la consulta, pudiendo incrementarse o reducirse el número de tales sesiones, según la respuesta al tratamiento realizado.

	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCLEROTERAPIAS	FO-CE-008-V001
		Página 3 de 4

POSIBLES COMPLICACIONES:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseados y/o complicaciones, encontrándose, entre otras, las siguientes propias a este procedimiento:

- ✓ Dolor en el sitio de inyección, durante el procedimiento y posterior a este
- ✓ Reacción alérgica producida por el agente esclerosante
- ✓ Salida del agente esclerosante por fuera de la vena
- ✓ Trombosis de vasos esclerosados u otros circundantes
- ✓ Hipo o hiper pigmentación de la piel
- ✓ Aparición de otros vasos superficiales, vecinos al sitio inyectado
- ✓ Infección en sitio de tratamiento
- ✓ Trombosis venosa profunda

DECLARACIÓN Y FIRMAS

YO, _____ DECLARO:

1. Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
2. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el procedimiento propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
3. Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
4. También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y No. Documento: _____ Fecha: _____

Parentesco: _____

	CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO
	CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCLEROTERAPIAS	FO-CE-008-V001
		Página 4 de 4

DATOS DEL MÉDICO /ESPECIALISTA:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y No. Documento: _____

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aun cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que este procedimiento significa, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de este procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y No. Documento: _____ Fecha: _____

Parentesco: _____

DESESTIMIENTO

REVOCO el consentimiento dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente _____)

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo y No. Documento: _____ Fecha: _____

Parentesco: _____