

# Consentimiento informado fleboextracción

Nombre y apellidos del paciente .....

DNI .....

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI .....

Nombre y apellidos del médico que informa .....

Nº de colegiado .....

## Descripción del problema que Vd. presenta

Se le ha detectado un mal funcionamiento de su sistema venoso superficial. Debido al mal retorno de la sangre a través de dicho sistema venoso se han desarrollado venas dilatadas e incompetentes que se conocen con el nombre de “varices”, que pueden ocasionar síntomas diversos y, aunque no necesariamente, pueden derivar en complicaciones como son: úlceras, varicoflebitis (inflamación de las venas varicosas) o varicorragias (hemorragia de las venas varicosas). En consecuencia, se considera que se beneficiaría de una intervención quirúrgica conocida como fleboextracción.

## ¿En qué consiste la intervención?

La intervención se realiza generalmente con anestesia epidural. Consiste en realizar varias incisiones en la extremidad a través de las cuales se realiza la extirpación de las varices.

## Objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta

### Objetivo y beneficios:

El objetivo de la operación no es conseguir un resultado estético con la desaparición de todas las varices que pueda presentar, sino el disminuir mucho la presión de las venas superficiales, para mejorar los síntomas y las complicaciones que le puedan estar produciendo. No obstante la mejoría estética suele ser notable e incluso total en muchas ocasiones, aunque existe la posibilidad de que con el transcurso del tiempo aparezcan nuevamente varices.

### Riesgos generales:

1. *De cualquier intervención:* Las complicaciones generales son raras en este tipo de intervención y están en relación con el estado de salud previo del paciente.
2. *Específicos del paciente:* La obesidad y/o la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, bronquitis crónica, etc. son factores que agravan el riesgo de complicaciones durante la intervención y en los días siguientes (postoperatorio).

### Riesgos específicos de la operación:

1. Hemorragia.
2. Infección.
3. Parestesias (“adormecimiento” de algunas zonas de la piel).
4. Excepcionalmente se pueden lesionar estructuras vasculares o nerviosas próximas a las venas que se intervienen, pudiendo ocasionar complicaciones graves.
5. Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar, aunque es poco probable.
6. Varicoflebitis (inflamación de venas varicosas).
7. Pueden aparecer pequeñas venas subcutáneas, llamadas telangetasias o “arañas vasculares”, que no tienen ninguna importancia salvo la estética.

**Alternativas:**

Como alternativa a la fleboextracción existe otra técnica quirúrgica conocida como CHIVA. También existe la esclerosis, que puede ser realizada mediante procedimientos físicos o químicos. Por último existe la posibilidad de realizar tratamiento médico.

*Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.*

**RIESGOS PERSONALIZADOS (si procede, aparte de los referidos en el apartado 2 de riesgos generales):**

---

**Declaración de consentimiento:**

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar, El/La Dr./Dra. \_\_\_\_\_

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del **Servicio de Cirugía Vascular**. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
D.N.I.  
Fdo.:

**MÉDICO:**  
Nº Colegiado:  
Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
D.N.I.:  
Fdo.:

**MÉDICO:**  
Nº Colegiado:  
Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

**PACIENTE/REPRESENTANTE:**  
D.N.I.  
Fdo.:

**MÉDICO:**  
Nº Colegiado:  
Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_