

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE VÁRICES DE EXTREMIDADES INFERIORES

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO .....

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que este procedimiento quirúrgico consiste en la eliminación de la fuente de reflujo venoso, demostrado por los exámenes preoperatorios, para lo cual se puede realizar la extirpación de la vena causante de tal reflujo (safenectomía interna y/o externa), la resección de venas perforantes insuficientes, la resección de las colaterales visibles o la combinación de alguna de estas técnicas, dependiendo de cada caso en particular.

El tratamiento quirúrgico planteado, como se ha señalado, consiste en la corrección del reflujo venoso existente, pero no pretende eliminar en su totalidad las dilataciones varicosas presentes, especialmente las más pequeñas (venas reticulares y telangectasias), para lo cual puede ser necesario procedimientos alternativos futuros.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que el tratamiento indicado consiste en un procedimiento quirúrgico para corregir el reflujo venoso causante de los síntomas y de las dilataciones varicosas visibles, así como evitar las eventuales complicaciones futuras por esta patología.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

La alternativa a la cirugía planteada, es el tratamiento con termoablación por radiofrecuencia, procedimiento que representa una alternativa más moderna y menos invasiva.

En el caso de abstención del tratamiento planteado, habitualmente se mantiene la sintomatología y no se disminuye el riesgo de complicaciones futuras, especialmente las asociadas a los cambios tróficos de la piel.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- Presencia de hematomas postoperatorios
- Edema postoperatorio en la(s) extremidad(es) intervenida(s)
- Alteraciones de la sensibilidad de la piel en los sitios intervenidos, lo que habitualmente es transitorio y de recuperación tardía
- Dolor de tipo neuropático

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

**DECLARACIÓN Y FIRMAS**

- DECLARO: 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.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico 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.
- 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.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

**MÉDICO**

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL**

Dr(a) .....	Sr(a) .....
RUT .....	RUT .....
Firma .....	Firma .....

**NEGACIÓN (RECHAZO)**

Aún 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 éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....

**REVOCACIÓN**

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

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal .....

RUT .....

Firma .....

Fecha .....