

Consentimiento informado tratamiento de varices de las extremidades inferiores, con termoablación por radiofrecuencia

Nombre y apellidos del paciente

DNI

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

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

DECLARO:

Que el/la Dr./Dra. ----- me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento de varices de las extremidades inferiores con termoablación por radiofrecuencia.

1. 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.
2. El procedimiento consiste en el tratamiento de las várices de las extremidades inferiores, mediante la eliminación de la fuente de reflujo venoso, demostrado por los exámenes preoperatorios, para lo cual se realiza, a través de una técnica mínimamente invasiva, la termoablación (cauterización) de la vena causante de tal reflujo (vena safena interna y/o externa) mediante la aplicación de calor en el interior de dicha vena, logrando su oclusión y desfuncionalización, terminando así con la fuente del reflujo.
3. Para la realización del procedimiento se requiere el uso de instrumental y tecnología apropiada (catéteres especiales, ecografía intraoperatoria, etc.), lo que se traduce en mayores costos del procedimiento quirúrgico en sí, en comparación con la cirugía tradicional.
4. En forma concomitante al procedimiento de termoablación se puede realizar la resección de venas perforantes insuficientes y/o de las venas colaterales visibles, dependiendo de cada caso en particular.
5. La alternativa al tratamiento quirúrgico planteado, es la cirugía tradicional, con safenectomía.
6. 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.
7. El tipo de anestesia requerido, será el indicado por el anesestesiólogo, siendo habitualmente anestesia regional, con los riesgos y eventuales complicaciones propias.
8. 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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.).
9. Dentro de las complicaciones propias a este tipo de procedimiento quirúrgico se encuentran, entre otras:
 - Lesiones por calor en la piel circundante al sitio de termoablación.
 - 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
 - Presencia de hematomas postoperatorios.

10. La circunstancia de la presencia de complicaciones puede implicar una reintervención quirúrgica y/o una hospitalización más prolongada, con mayores costos asociados.
11. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
12. 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, procedimientos alternativos futuros.

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 Vascul**ar. 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__