

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE VARICES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía Varices de las Extremidades Inferiores, 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. 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 tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios 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 telangetasias), para lo cual puede ser necesario procedimientos alternativos futuros.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, 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.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- 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

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

La presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada incluso en unidades de manejo de paciente crítico y mayores costos asociados. Existe la posibilidad de nuevos diagnósticos producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudieran derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

En algunos casos, especialmente en insuficiencia de la vena safena interna, la alternativa a la cirugía planteada, es el tratamiento con termo ablación por radiofrecuencia, pero se me ha explicado que esta técnica no es aplicable en mi caso.

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.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía Varices de las Extremidades Inferiores,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA VARICES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)