

Consentimiento informado para Ablación Química con Cianoacrilato

Cirugía Vascolar Periférica

Consentimiento informado para Ablación Química con Cianoacrilato

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento de varices mediante:

PROCEDIMIENTO DE ABLACION QUIMICA CON CIANOACRILATO COBERTURA CON COLGAJOS

INFORMACIÓN

1. El tratamiento indicado es un procedimiento 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, el sellado de la vena causante de tal reflujo (vena (s) safena(s)) mediante la aplicación de un producto tipo pegamento (Cianoacrilato) 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.) para asegurar la oclusión de la vena a tratar.
4. La alternativa al tratamiento quirúrgico planteado es la cirugía tradicional con Safenectomía quirúrgica, procedimiento que representa una alternativa quirúrgica convencional, con complicaciones propias y recuperabilidad más lenta.
5. En el caso de abstención del tratamiento planteado por mi patología de várices, habitualmente se mantiene la sintomatología y no se disminuye el riesgo de complicaciones futuras, especialmente las asociadas a los cambios tróficos de la piel.
6. El procedimiento se realiza con anestesia local en los sitios de punción para introducir los catéteres e instrumental necesario y en algunos casos podrá requerirse otro tipo de anestesia mayor y esta será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.
7. 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) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), incluyéndose dentro de estas, infarto agudo al miocardio, arritmias, accidente cerebrovascular, trombosis venosa profunda, embolía pulmonar, neumopatías, entre otras.
8. Dentro de las complicaciones propias a este tipo de procedimiento quirúrgico se encuentran, entre otras:
 - Hemorragia en el punto de acceso
 - Ruptura y perforación vasculares

- Hematoma
 - Embolización del material sellante (a otras venas o embolía pulmonar)
 - Dolor postoperatorio
 - Infección en el punto de acceso
 - Déficits neurológicos, incluidos accidente cerebrovascular y muerte
 - Puede aparecer urticaria o ulceración en el lugar de la inyección
 - Reacciones alérgicas al Cianoacrilato, tales como ronchas, prurito, cuadros urticariales, obstrucción bronquial y choque anafiláctico
 - Trombosis venosa profunda
 - Fístula arterio-venosa
 - Edema en la pierna tratada
 - Hiperpigmentación
 - Inflamación leve no específica del tejido cutáneo y subcutáneo
 - Parestesias
 - Flebitis superficiales
 - Formación de cicatrices visibles
9. La circunstancia de la presencia de complicaciones puede implicar una reintervención quirúrgica y/o una hospitalización más prolongada.
10. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
11. El tratamiento planteado, como se ha señalado, consiste en la corrección del reflujo venoso existente de la vena safena, pero no pretende eliminar las dilataciones varicosas presentes, especialmente las más pequeñas (venas reticulares y telangetasias), para lo cual puede ser necesario procedimientos alternativos futuros.
12. Por las características de esta cirugía en que se realiza el sellado de la vena causante del reflujo, es necesario el control del procedimiento realizado mediante ecografías postoperatorias, que se pueden efectuar a los días y meses después del procedimiento y que permiten evaluar la efectividad del tratamiento.
13. Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento varices mediante procedimiento de: **ABLACION QUIMICA CON CIANOACRILATO COBERTURA CON COLGAJOS**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....



REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).