

## **CIRURGÍA DE VARICES**

### **Descripción del procedimiento**

Mediante esta técnica, se procederá a extirpar las venas dilatadas en las piernas que forman las varices. Si existe mal funcionamiento del sistema venoso profundo se extirpará la safena interna para que éstas no se vuelvan a formar.

Con este procedimiento se pretende mejorar la circulación venosa de las piernas, mejorar los síntomas (pesadez y cansancio) e intentar prevenir las posibles complicaciones (trombosis, sangrado...)

### **Riesgos generales y específicos del procedimiento**

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:

Riesgos poco graves y frecuentes: Hematoma o infección de la herida quirúrgica. Alteración transitoria de la sensibilidad cutánea. Flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes: Reparación de varices.

Riesgos poco frecuentes y graves: Hemorragia importante. Dolor postoperatorio prolongado por lesión nerviosa. Lesión vascular. Trombosis venosa.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que el personal y todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Núm. HC \_\_\_\_\_

Consentimiento Informado

## DECLARO

- ✓ Que el Dr/a \_\_\_\_\_ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía de varices.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, \_\_\_\_\_), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que el médico me ha explicado que puede realizarse un tratamiento con medicamentos, medias elásticas y ejercicios, pero en mi caso se considera que la cirugía es la mejor opción.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía de varices.

Firma del paciente<sup>7</sup>

Firma del médico

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

<sup>7</sup>En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.