

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESCLEROTERAPIA

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico

presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos del mismo, como así también las características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al

Dr./a....., y a su equipo, a realizar un procedimiento conocido como **ESCLEROTERAPIA**, que se

realizará.....

2. La escleroterapia es un procedimiento ambulatorio, mínimamente invasivo, que se utiliza para el tratamiento de várices, varículas o telangiectasias (arañitas). Consiste en la inyección de una solución estéril derivada del alcohol directamente dentro de la vena afectada, mediante la utilización de una aguja muy fina. La solución irrita el recubrimiento interno de la vena provocando que se inflame y se adhieran sus paredes y la sangre en su interior se coagule. Tiempo después el vaso se convierte en tejido fibroso que desaparece a la vista. Como se trata de venas superficiales el flujo y circulación adecuada de la sangre esta asegurado por las venas profundas, que trasportan en forma normal el 90% de la sangre de las piernas, pudiendo conducir sin problemas el 100% de ésta.

3. El número de las venas varicosas inyectadas en una sesión es variable, dependiendo del tamaño y de la localización de las venas, y de la condición médica total del paciente. Puede ocurrir un leve malestar, y una sensación de calambre se puede sentir por 1 a 2 minutos cuando se inyectan las venas más grandes. La sesión de escleroterapia toma cerca de 20 a 30 minutos.

4. La Escleroterapia funciona bien para la mayoría de los pacientes. Se estima que alrededor de un 50 a 80 por ciento de venas inyectadas se pueden eliminar con cada sesión. Algunas (menos de 10 por ciento) de las personas que se someten a escleroterapia no responden a las inyecciones de manera satisfactoria. En estos casos, pueden intentarse modificaciones en las concentraciones o el uso de otro tipo de medicamento. Las "arañas vasculares" responden generalmente a la escleroterapia en 3 a 6 semanas, y venas más grandes responden en 3 a 4 meses. Si las venas responden al tratamiento, no reaparecerán. Sin embargo, pueden aparecer venas nuevas en un cierto plazo. Si es necesario, estas venas de reciente aparición se pueden tratar de la misma manera.

5. El procedimiento enunciado en el punto 1º me ha sido totalmente explicado por el profesional, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

5.1 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de tratamientos son las propias de todo procedimiento invasivo, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

5.1.1 **Frecuentes:** Inflamación, alteraciones de la coloración de la piel, hematomas en la zona de punción, flebitis, necesidad de nuevos retoques por revascularización de alguna de las venas esclerosadas.

5.1.2 **Menos frecuentes:** Úlceras. Reacción alérgica al agente esclerosante.

6. Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo tanto, autorizo y requiero que el profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-procedimiento.-

7. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer alguna de las complicaciones propias de la patología, como ser: tromboflebitis, edema, hipodermatitis, varicorragia y úlcera venosa.

8. Se me ha informado que alternativamente al procedimiento propuesto puede instaurarse un tratamiento conservador mediante el uso de vendas elásticas y el uso de fármacos que actúan a diversos niveles de la circulación veno-linfática, safenectomía convencional, microcirugía de várices, etc. Aunque en mi caso se me ha informado que lo más adecuado es el procedimiento propuesto. Se me han explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección del tratamiento alternativo.-

9. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.-

10. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el procedimiento, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

11. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a:

12. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

13. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

14. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo el procedimiento indicado.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.-

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: