

COMPLICACIONES Y SECUELAS DE LA CIRUGIA DE VARICES ENFOQUE MEDICO LEGAL

Por **Dr. Carlos Goldenstein**⁽¹⁾ / **Dr. Eduardo Bondancia**⁽²⁾ / **Dr. Mario Canevari**
Dr. Fabián González / **Dr. Nicolas Melián**

Servicio de Cirugía Cardiovascular y Tórax del Hospital Interzonal General de Agudos
Prof. Dr. Luis Güemes, Buenos Aires, Argentina.

Sección de Cirugía Vascular del Hospital San Juan de Dios,
Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: Evaluar las complicaciones y secuelas observadas en el tratamiento quirúrgico de las várices, de acuerdo a la experiencia terapéutica realizada en 2 centros médicos de diferentes características. La finalidad del trabajo es analizar las eventuales implicancias médico legales originadas en reclamos económicos basados en daños y perjuicios, por falta o déficit de la información brindada en el consentimiento informado.

Material y métodos: El estudio se realizó en un hospital público, en el servicio de cirugía cardiovascular y en un centro médico privado de alta complejidad. Se evaluaron 809 pacientes operados por várices de los cuales 618 fueron sometidos a safenectomía; los otros 191 casos se trataron con técnicas alternativas. Los pacientes safenectomizados fueron controlados durante 4 años, de ellos 192 casos no completaron el seguimiento al año 2003. La experiencia se basa en las secuelas y complicaciones sufridas por 426 pacientes safenectomizados.

Resultados: El total de complicaciones en ambos centros quirúrgicos fue de 745. De ellas, 495 correspondieron a enfermos operados en

el hospital público y 250 operados en el centro privado. Se realizaron 285 cirugías en el hospital público y 141 en el centro privado, con un índice de complicación de 1.72 complicaciones por paciente en el hospital público y 1.773 en el centro privado. En ningún caso existió demanda por daños y perjuicios generados en secuelas o complicaciones quirúrgicas durante el período analizado.

Discusión: Se analizan los diferentes tratamientos médicos y/o quirúrgicos para el tratamiento de las várices y las experiencias de los diferentes grupos terapéuticos que utilizaron diversas metodologías, teniendo en cuenta la relación costo/beneficio sobre el daño como secuela de cada procedimiento. El trabajo nos permitió demostrar la elevada frecuencia de complicaciones o secuelas en el tratamiento quirúrgico de las várices, independientemente de si el procedimiento quirúrgico se realizó en un centro médico privado o público. Ante la presencia de daños eventuales posquirúrgicos resulta conveniente y necesario advertir al paciente de los mismos, para que a través de un consentimiento informado detallado sepa asumir el riesgo al cual se expone.

(1) Jefe de servicio y médico legista.

(2) Médico legista especializado en derecho de daño.

ABSTRACT

Title: *Complications And Sequelae Of Varix Surgery. A Forensic Approach.*

Introduction and Purpose: *To evaluate the complications and sequelae associated with the surgical treatment of varices, based on the practice at two healthcare centers with different characteristics. The purpose of this paper is to discuss the eventual forensic implications for financial claims for damages, due to lack or insufficient information in the informed consent form.*

Materials and Methods: *The research was conducted at the Cardiovascular Surgery Service of a public hospital and at a high-complexity private medical center. Eight hundred and nine patients who had undergone varix surgery were examined; 618 of them had undergone saphenectomy and the other 191 cases had been treated with other therapies. The patients who had undergone saphenectomy were followed-up for 4 years. The report is based on the sequelae and complications noted on 426 saphenectomized patients.*

Results: *Seven hundred and forty-five events of complications were reported at both surgical*

centers; 495 among patients operated at the public hospital and 250 operated at the private healthcare center. Two hundred and eighty-five surgeries were performed at the public hospital and 141 at the private healthcare center, with a complication rate of 1.72 events per patient in the public center and 1.773 in the private center, respectively. No complaint for damages based on surgical sequelae or complications were filed in the term under analysis.

Discussion: *We analyzed the medical and/or surgical treatments of varices, along with the experience of both medical teams that used different approaches, based on their cost-benefit relationship to the damages caused as sequelae of both procedures. Our research revealed a high frequency of complications or sequelae in the surgical treatment of varices, irrespective of whether the intervention had been performed at a public or private healthcare center. Because of the eventual post-surgical lesions, it is convenient and necessary to warn the patients thereof, so that -through a detailed informed consent form- they may assume the risks involved in the treatment.*

INTRODUCCION

Existe un planteo y la necesidad de una revisión internacional en relación al tratamiento quirúrgico de la patología de las venas safenas.

No existe un consenso sobre el esquema terapéutico que debe seguirse y que pueda ser utilizado en los protocolos internacionales como por ejemplo sucede con la clasificación de insuficiencia venosa denominada CEAP⁽³⁾ y sus modificaciones.

Las diferencias entre los diversos grupos operativos⁽⁴⁾ residen en que cada tratamiento posee ventajas y desventajas, las cuales generan discusión y merecen ser analizadas para encontrar el modelo más adecuado.

La primer safenectomía fue descripta por Madelung en 1844, Trendelenburg fue quien popularizó la ligadura de la safena interna, posteriormente Keller y Mayo describen el stripping extraluminal⁽⁵⁾.

Actualmente muchos autores cuestionan el tratamiento ortodoxo de la safenectomía basándose en diversos argumentos:

- 1) Cicatrices no deseadas. (daño estético).
- 2) Riesgo operatorio o quirúrgico.
- 3) Infecciones.
- 4) Hematomas. (producen dolor y daño estético).
- 5) Lesión neurológica. (nervio safeno interno).
- 6) Necesidad de la vena safena como material protésico futuro⁽⁶⁾.
- 7) Dolor postoperatorio.
- 8) Recidivas y/o várices residuales⁽⁷⁾.

Estos grupos proponen otros tratamientos alternativos como las safenectomías parciales o técnicas que conservan la vena safena como las descriptas por Belcaro⁽⁸⁾, Vin⁽⁹⁾, Shapira⁽¹⁰⁾,

entre otros renombrados autores.

Otra opción son los diferentes tratamientos de escleroterapia⁽¹¹⁾, especialmente la escleroterapia guiada por ecodoppler⁽¹²⁾. El uso de la terapia Láser también se fundamenta en el concepto de no realizar las exéresis de la vena insuficiente.

Por último, se pueden practicar tratamientos combinados con cirugía y escleroterapia, 3S⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾, etc.

Existe una clara preponderancia en la prevalencia⁽¹⁵⁾ de esta enfermedad varicosa entre las mujeres⁽¹⁶⁾ y ellas buscan un adecuado resultado estético, que de no lograrlo puede conducir a un conflicto médico legal sobre la responsabilidad médica.

Es importante analizar las complicaciones observadas en nuestra experiencia terapéutica. Sabemos que estas cirugías en el hospital público en los servicios de cirugía cardiovascular, generalmente, son efectuadas por los residentes de primer año, rotantes y especialistas con menor experiencia dentro del servicio. La cirugía venosa es listada a continuación de otras operaciones supuestamente más importantes. Rara vez estas intervenciones son realizadas por el jefe de servicio o por profesionales de mayor experiencia.

Mientras que en los centros privados ocurre lo inverso. Nos preguntamos si esto traerá alguna consecuencia significativa en relación con los resultados obtenidos y las complicaciones acaecidas. Para ello hemos efectuado un análisis por separado de los dos centros en cuestión.

MATERIAL Y METODOS

En ambos centros se evaluaron 809 pacientes en condiciones quirúrgicas para el presente trabajo; de acuerdo a los criterios de selección detallados más abajo, sólo se pudieron considerar 618 casos que fueron safenectomizados. Estos casos se controlaron durante 4 años cada seis meses. Al año 2003 no pudieron completar el seguimiento 192 casos, por lo tanto, la experiencia que será presentada es sobre 426 pacientes.

Los criterios de selección utilizados para la presente comunicación fueron:

Criterios de inclusión:

- Insuficiencia moderada a severa de vena safena interna.
- Insuficiencia moderada a severa de vena safena externa.

(3) CEAP: Clínica Etiológica Anatomopatológica y síndrome Postrombótico.

(4) Lacour, Dortu y Perrin. Ver citas bibliográficas números 1, 2 y 3.

(5) Tooke, J. and Lowe, G. A., Text Book of Vascular Medicine, 1996; 35:589-591.

(6) Goldenstein C.E. Revascularización de arterias dístales. 9º Congreso Anual Sociedad de Cirugía del Oeste. Hospital Tornú. 9 al 13 de septiembre de 1985.

(7) Goldenstein, C.E., Canevari M y Reilly, J.A., "Nuestra conducta en la recidiva del cayado safenofemoral", 14º World Congress U.I.P., Italia, 9 al 14 de septiembre de 2001.

(8) Ver citas bibliográficas números 6, 7 y 8.

(9) Vin F., Chleir F., Allert F.A. - An ambulatory treatment of varicose veins associating surgical section and sclerotherapy of large saphenous vein (3S technique). Dermatol. Surg.1996; 22: 65-70.

(10) Shapira A., Kaplan G., Schliserman P y Curto O.; Permeabilidad de la vena safena interna post ligadura sin stripping y su utilidad en la cirugía de revascularización. Evaluación ecográfica; X Congreso Argentino de Flebología y Linfología; San Miguel de Tucumán; 19-22 mayo de 1993.

(11) Vin F. - Principes de la sclérothérapie des axes saphéniens des membres inférieurs et de leurs collatérales a l'exception des veinules et télangiectasies. Phlebologie 1994, 47, N° 4, 399-406.

(12) Shadack M. - Duplex & Phlebology. Clinical forms. Gnocchi. Ed. Naples.1994, 129-133.

(13) Ver número 9 de las notas de pie de página.

(14) Goldenstein, C.E., Reilly, J.A. y Pontel, L., "It hill replace less venous surgery than traditional surgical procedure by the XXI Century", Revista Panamericana de Flebología y Linfología, N° 32, Pág. 17-21, marzo, 1999.

(15) Prevalencia: "Prevalencia de una enfermedad es el número de casos de la misma en una población y en un momento dados". Beaglehole, R. y otros; Epidemiología Básica, OPS, 1994, Pág. 15.

(16) Tooke, obra citada, Pág. 567.

- Insuficiencia moderada a severa de ambas safenas.

Criterios de exclusión:

- Neoplasias,
- Obesidad,
- Trombosis venosa profunda,
- Mayores de 70 años,
- Insuficiencia profunda severa y
- C.E.A.P mayor a 4b

Las tasas de incidencia de complicaciones se calcularon como la cantidad de casos de incidencia por 100 personas por año operadas. Estas tasas se ajustaron por edad mediante el método directo para lo cual se tomaron los rangos de edades (20-40 y 41-68) y la edad de distribución de las personas con complicaciones por año de la cohorte.

La incidencia de complicaciones por cirugía venosa superficial para los individuos, se obtuvo mediante los modelos de regresión proporcionales de Cox creados con el procedimiento PHGLM⁽¹⁷⁾ del Sistema de Análisis Estadístico.

Dentro de las limitaciones del presente análisis se incluyen las posibles desviaciones debidas a la falta de seguimientos, ausencia de datos en las variables y falta de registros hospitalarios al momento del seguimiento. Otra posible fuente de desviación fue la clasificación errónea debido a la inexactitud de los códigos utilizados en los diagnósticos de los registros hospitalarios. Son necesarios estudios complementarios para confirmar estos hallazgos.

La edad de los pacientes fluctuó entre 20 y 68 años, con un valor promedio de 41,2 años. Del total de los pacientes 307 casos correspondieron a mujeres (72% de la muestra).

Todos los pacientes usaron dexketoprofeno⁽¹⁸⁾ como analgésico y antiinflamatorio en el postoperatorio, ya que en ambos servicios de cirugía cardiovascular es el analgésico que figura en sus protocolos terapéuticos por ser un medicamento efectivo, con bajos efectos adversos y

fundamentalmente su interacción con la coagulación es fácilmente controlable con el tiempo de protrombina.

También se les indicó a los pacientes el uso de heparina sódica en gel o pomada⁽¹⁹⁾ en los casos de hematomas postoperatorios.

RESULTADOS

De estas cirugías venosas tuvimos 745 complicaciones, en muchos casos se consideraron varias en un solo paciente. Ellas fueron:

- Parestesias,
- Hematomas,
- Linfedema,
- Lesión neurológica,
- Infección,
- Accidentes quirúrgicos,
- Queloides,
- Recidivas y/o várices residuales y
- Complicaciones anestésicas.

Para una mejor comprensión del estudio, hemos dividido a las complicaciones en inmediatas (post operatorio inmediato) y mediatas (aparecen o permanecen a los meses).

Complicaciones Inmediatas:

- Hematomas,
- Accidentes quirúrgicos,
- Accidentes anestésicos,
- Infección,
- Parestesia,
- Várices residuales y
- Cefalea

Complicaciones Mediatas:

- Linfedema,
- Lesión neurológica (parestesias)
- Accidentes quirúrgicos,
- Recidivas
- Queloides

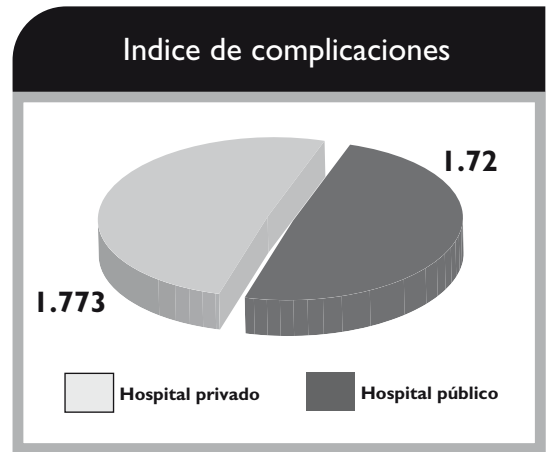
(17) Harrell Fe Jr. The PHGLM procedure. In: Hastings RP, ed. SUGI supplemental library user's guide, version 5 ed. Cary, NC: SAS Institute, Inc, 1986: 437-74.

(18) Dexketoprofeno: Ver P.R. Vademecum, Índice farmacológico desarrollado, 2003, Pág. 91.

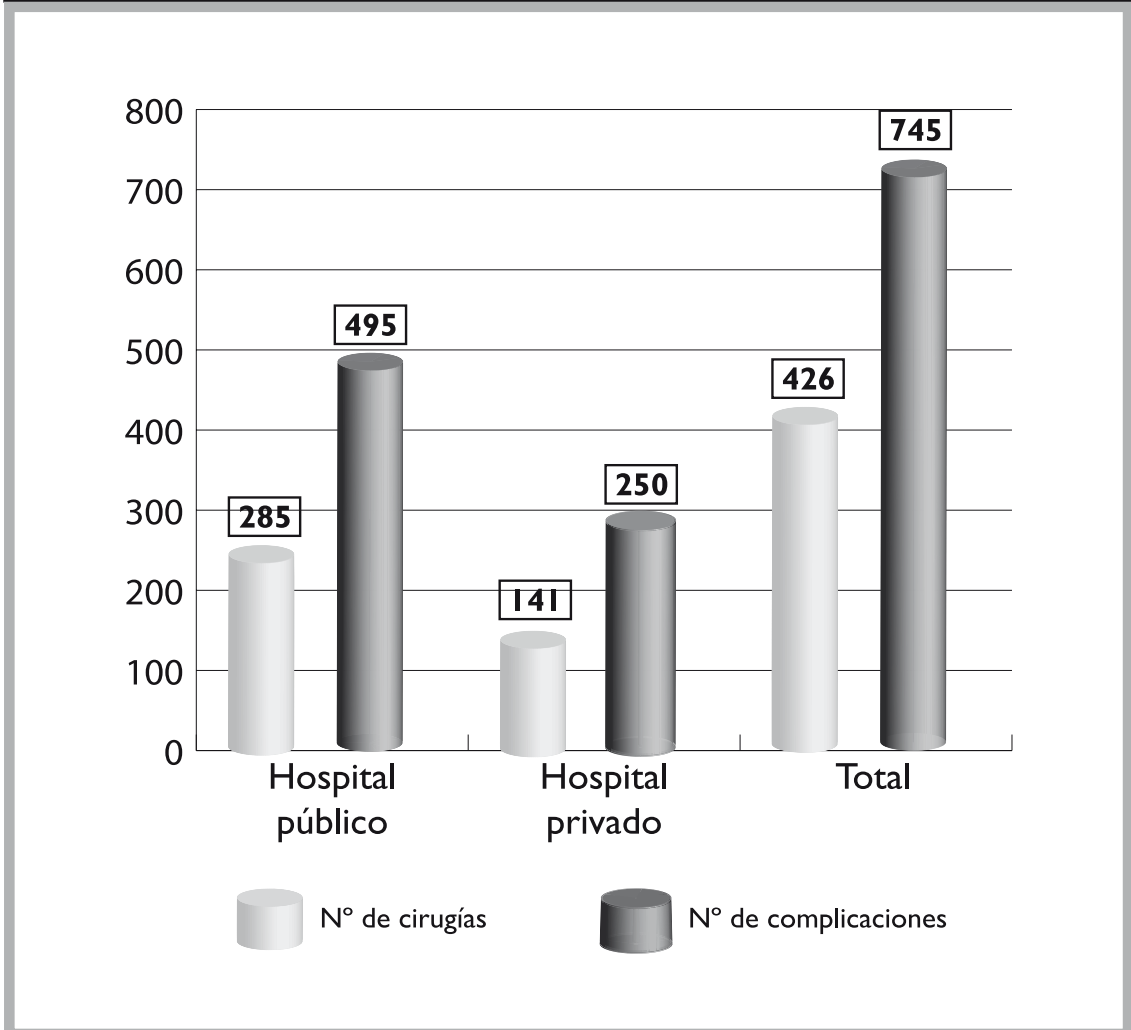
(19) Heparina sódica (DCI) 1000 UI: ver PR. Vademecum, obra citada, Índice alfabético de productos, Pág. 128-129.

A continuación registramos los casos de acuerdo al tipo de complicación:

- Parestesias: 170 (40%)
- Hematoma: 383 (90%)
lesión neurológica (lesión del ciático poplíteo interno en safenectomía externa y lesión nervio safeno interno): 3 (0.70%).
- Infecciones: 85 (20%); a nivel maleolar: 83 y en región inguinal: 2.
- Accidentes quirúrgicos: 3 (0.70%)
(lesión vena femoral profunda: 1; lesión cayado safena interna: 2.)
- Queloides: 8.
- Várices residuales. 41.
- Accidentes anestésicos: 1 muerte; 5 cefaleas.
- Linfedema: 51



Cuadro I: Complicaciones y secuelas de cirugía de várices



Esta problemática nos llevó a estudiar cuales eran las probables razones que conllevan a las lesiones postoperatorias que tanto temen los grupos terapéuticos y realizar un enfoque médico legal del daño producido.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar la efectividad y la incidencia de complicaciones en la población tratada y controlada en dos hospitales: uno público y otro privado (Ver Cuadro 1); para así poder discriminar las ventajas y desventajas de cada procedimiento y los riesgos eventuales por el daño residual que las mismas conllevan.

DISCUSIÓN

Para ir introduciéndonos en la razón del presente trabajo abordaremos a continuación lo atinente a la responsabilidad que le cabe al médico que trata este tipo de afecciones y que no conoce los riesgos a los cuales esta expuesto.

El profesional médico tiene el deber de adecuarse al marco que le indican la ética, el conocimiento científico y las leyes que regulan el ejercicio profesional, dentro de lo normado por el Código Civil.

Para que se configure la responsabilidad profesional se requieren que estén presentes los cuatro clásicos requisitos de la responsabilidad civil⁽²¹⁾ en general:

- Antijuridicidad,
- Imputabilidad: factores de atribución subjetivos u objetivos,
- Relación de causalidad y
- Daño

Para que un profesional realice un acto médico tiene que poseer la capacidad técnica para ejercerlo, es decir debe tener las aptitudes para poder aplicarlas en el momento y forma adecuada.

Dentro de la jurisprudencia en la materia encontramos algunas que dan un marco adecuado sobre lo que se esta exponiendo. Por ejemplo:

“La impericia médica es la falta –total o parcial- de pericia, entendiendo por ésta la sabiduría, conocimientos técnicos, experiencia y habilidad en el ejercicio de la medicina. Así, la realización de una intervención quirúrgica sin conocer adecuadamente las reglas técnicas; no saber asistir un caso de urgencia; no indicar la terapéutica pertinente en un postoperatorio que cursa con estado febril⁽²²⁾.”

Si esta condición esta ausente se puede hablar de “**impericia**”, pero si poseyendo el conocimiento no lo aplica obrará con “**negligencia**”. Bajo ciertas circunstancias los médicos pueden actuar con un grado de temeridad que, en ocasiones por su acción inadecuada, precipitada o prematura, puede poner en riesgo el resultado del accionar profesional, entonces se encuadrará en una falta por “**imprudencia**”.

Determinados los requisitos del acto antijurídico y la imputabilidad de quién lo cometió, cabe reflexionar sobre la relación de causalidad entre el daño y quién lo generó. Se debe demostrar el daño en una determinada persona y la relación con quién fue su autor.

El tratadista Dr. Oscar Ernesto Garay en su obra⁽²³⁾ al referirse a la relación entre el acto médico y el daño ocasionado dice:

“Hay que decir que, la relación entre el acto médico y el daño ocasionado dentro del determinismo causal juega en el sentido de que no toda falta médica puede producir un perjuicio –no juega el principio causal- pero todo daño en el cuerpo o la salud del paciente pueden producirse – entre otras causas- por una falta médica. Es decir, que a través del determinismo causal se puede saber si el daño existente se debe al acto médico –por acción u omisión- y con ello atribuir responsabilidad y con ésta la reparación de las consecuencias dañosas derivadas de su conducta⁽²⁴⁾”

(21) Bondancia, E., El daño y su reparación, “Psiquiatría médico legal y forense”, Alfredo Achával, Tomo 1, Cap. 1, Pág. 53 -80, Astrea, 2003.

(22) CNCiv., Sala G, 7/4/1983, “G. C. de M. L. c/ Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires”, ED, 104-281.

(23) Garay, O.E., Código de Derecho Médico, Ed. Ad-Hoc, 1999, Pág. 529.

(24) Citado de Yungano, A. R., Responsabilidad profesional de los médicos, Universidad de Buenos Aires, 1986, Pág. 138.

Determinada la responsabilidad civil nos cabe valorar el grado que se puede atribuir a un profesional de acuerdo a su capacitación, jerarquización y especialización.

Es muy clara la jurisprudencia al respecto, podemos mencionar un fallo de Cámara que dice:

“Tratándose el demandado de un médico especialista, mayor es la responsabilidad que asume, porque dada su aptitud puede estar en mejores condiciones para advertir las consecuencias de un mal y donde exista un peligro potencial, mayores son las precauciones que debe tomar”⁽²⁵⁾

“La diligencia exigible a un médico especialista es mayor que la correspondiente a uno no especialista, pero aquélla es siempre normal u ordinaria entre los especialistas.”⁽²⁶⁾

En un extenso fallo de la Cámara Nacional Civil al referirse a la cirugía dice *“...desde el punto de vista de la justificación jurídica y de la habilitación médica para actuar quirúrgicamente, es posible prescindir del resultado”*⁽²⁷⁾

En cuanto a las condiciones hospitalarias debemos recordar que ellas tienen que ver con el actuar médico como hace referencia la Cámara Nacional Civil cuando manifiesta: *“La infraestructura hospitalaria impone la utilización de ciertos medios por el cirujano, mediante una actividad que el paciente acepta y de la que no puede formularse reproche a aquél.”*⁽²⁸⁾

Vista la relación médico-paciente desde la perspectiva histórica la misma se desarrolló como un modelo “paternalista” en el cual el paciente ignorante de las situaciones sobre su salud, debía aceptar la indicación médica y no podían ni debían decidir sobre su propia enfermedad.

Con la llegada de una posición más liberal, surgen con fuerza la aplicación de los derechos individuales de las personas y el saber y conocer predomina sobre la decisión.

El respeto por la autonomía de la persona se ve reflejado en la necesidad de informar (deber de informar correctamente tanto los riesgos como las probables secuelas del acto médico).

El artículo 19 de la Ley 17.132 que regula el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración en la República Argentina, en su inciso 3° comienza con unas líneas que dicen: *“Respetar la voluntad del paciente...”*, es la más cabal muestra del cambio en la actitud de

la relación médico-paciente.

El Dr. Garay⁽²⁹⁾ afirma las siguientes conclusiones:

a) El galeno debe respetar la autonomía o la autodeterminación del paciente.

b) Caso contrario, el médico que realizare el acto médico sin el consentimiento del paciente, incurre en una ilicitud civil y penal.

c) Que el titular del derecho a prestar o rechazar el consentimiento a que se efectúe determinado tratamiento es el propio paciente, actuando por sí o a través de su representante legal.

Cuando se quiere determinar la culpa y su nexo de causalidad entre la aplicación de un tratamiento o procedimiento se investiga si los mismos fueron informados exhaustivamente y autorizados por el paciente en debida forma con la comprensión de los daños potenciales que podrían generar dichos procedimientos.

Cuando un médico actúa sin obtener la voluntad expresa del paciente de los potenciales riesgos y/o secuelas del método que se le aplicará, debe asumir en forma personal los riesgos sobrevivientes.

¿Qué hubiera decidido una paciente a la que se propone un método o técnica de cirugía vascular que entre sus secuelas existe una real posibilidad de un daño estético? ¿Habría aceptado la intervención quirúrgica?

La profesora Dra. María Patricia Castaño de Restrepo nos enseña que, *“el daño que se debe indemnizar consiste en la privación de la posibilidad del paciente de rechazar el acto médico”*.⁽³⁰⁾ El daño será un perjuicio moral por haberse desconocido el derecho a la libertad del paciente.

En un claro entendimiento que se debe realizar la práctica médica adecuada y que si hubiere un daño previsible el paciente fue informado en forma correcta, es oportuno entender que es imprescindible conocer como debe implementarse el llamado “Consentimiento Informado”. Para cumplimentar lo antes expuesto y de acuerdo con la especialidad que ejercemos presentamos el modelo modificado de un modelo español⁽³¹⁾, que entendemos, puede ser útil para recomendar en los servicios de cirugía cardiovascular y flebología.

- (25) C1a. CC Tucumán, 15/6/1979, "Anastasiadi, Jesús I., c/N. N.; Rep. LL, 1980-730, sum 283.
(26) CNCiv., Sala D, 28/10/1982, "Mackinson, Jorge c/Wilk, Alfredo", LL, 1983- B-555.
(27) CNCiv., Sala C, 24/8/1982, "Vega, Néstor G c/ Sanatorio Alberti, JA, 1983- II-156.
(28) CNCiv., Sala G, 17/4/86, "Del Valle, Aldo R. y otra c/Municipalidad de la Capital", JA, 1987-II-237.
(29) Garay, obra citada, Pág. 127.
(30) Castaño de Restrepo, M.P., Doctrina, Revista Argentina de Derecho Médico y de Salud, Pág.31, 2004.
(31) www.seacv.org/scentro/consentimiento.HTML-6K
-



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE VARICES

Sr./Sra. _____ con D.N.I. N° _____
o, en su representación, Sr./Sra. _____ con D.N.I. N° _____
en calidad de: _____ he sido informado por los facultativos del
Servicio de Cirugía Vascul ar de lo siguiente:

Las várices son dilataciones de las venas superficiales. Estas venas dilatadas pueden producir síntomas como dolor, calambres, picazón, etc. y complicarse con la aparición de flebitis, sangrado y desarrollo de úlceras.

La intervención quirúrgica que se le propone consiste en extirpar las venas que estén dilatadas, así como las venas de las que dependen (habitualmente safena interna y externa) y en ligar las venas perforantes insuficientes, mediante incisiones (cortes en la piel) en ingle y cara posterior de la rodilla y microincisiones (cortes más pequeños) complementarias.

El tipo de anestesia necesaria para esta intervención quirúrgica es: anestesia general, regional (peridural) o local, le será informada detalladamente por el responsable del Servicio de Anestesiología, así como los riesgos de posibles complicaciones.

Las posibles COMPLICACIONES de esta intervención son:

Complicaciones generales inherentes a toda intervención quirúrgica: accidentes vasculares, fallas renales, trastornos cardiorrespiratorios y otras que pueden llegar a ser fatales. Estas complicaciones son más frecuentes cuando existen enfermedades generales previas.

Complicaciones específicas del procedimiento: lesiones nerviosas (hormigueos, acorchamiento o dolor), hematomas que pueden dejar manchas residuales o zonas induradas, infecciones de las heridas operatorias, edema o hinchazón del miembro, cicatrices patológicas, trombosis venosas, lesión arterial o recidivas varicosas.

Complicaciones propias del estado general y de las enfermedades asociadas no relacionadas con las várices.

Paciente Sr./ Sra.

He recibido información clara y sencilla, oral y escrita acerca del procedimiento que se me va a practicar. El médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve la intervención quirúrgica a la que me voy a someter. También me ha explicado los riesgos posibles y eventuales, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa a operarme. Me ha informado de otras alternativas posi-

bles. 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 Vascular. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y me comprometo a informar al equipo médico de cualquier cambio en mi decisión.

Firma del Médico

Firma del paciente o representante legal

Firma del testigo

En _____ de _____ de _____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

Firma del Médico

Firma del paciente o representante legal

Firma del testigo

En _____ de _____ de _____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN.**

Firma del paciente o representante legal

En _____ de _____ de _____

CONCLUSION

Analizamos los diferentes tratamientos médicos y/o quirúrgicos para el tratamiento de las várices y las experiencias de los diferentes grupos terapéuticos que utilizaron diversas metodologías, teniendo en cuenta la relación costo/beneficio sobre el daño como secuela de cada procedimiento. El trabajo nos permitió demostrar la elevada frecuencia de complicaciones o secuelas en el tratamiento quirúrgico

de las várices, independientemente de si el procedimiento quirúrgico se realizó en un centro médico privado o público. Ante la presencia de daños eventuales posquirúrgicos resulta conveniente y necesario advertir al paciente de los mismos, para que a través de un consentimiento informado detallado sepa asumir el riesgo al cual se expone.

BIBLIOGRAFIA

1. Lacour R., Bottini O. y De Franco J. –Safenectomía completa vs. safenectomía incompleta. Forum FL 1997; 2:39-44.
2. Dortu J.A. and Dortu J. Complicaciones de la flebectomía ambulatoria. Phlebo.3-4-9-1995.
3. Perrin M.-Comment classer les recidives variqueuses apres´ traitement chirurgical?
4. Tooke, J. and Lowe, G. A., Text Book of Vascular Medicine, 1996; 35:589-591
5. Goldenstein C.E. Revascularización de arterias distales. 9º Congreso Anual de la Sociedad de Cirugía del Oeste. Hosp. Tornú- 9-13 sept. de 1985.
6. Goldenstein, C.E., Canevari M y Reilly, J.A., “Nuestra conducta en la recidiva del cayado safenofemoral”, 14º World Congress U.I.P., Italia, 9 al 14 de septiembre de 2001.
7. Belcaro G. - Plication of the sapheno-femoral junction. An alternative to ligation and stripping? – Vasa.1989; 18 (4):296-300.
8. Belcaro G.-Christopoulos D.-Vasdekis S.- Treatment of superficial venous incompetence with the SABAS technique.- J. Mal. Vasc. 1991; 16 (1):23-7.
9. Ricci A., Laurora G., Cesarone M.R., Belcaro G. –Plication of the sapheno-femoral junction. Minerva- Chir. 1991- Oct. 31; 46 (20)1123-6.
10. Vin F, Chleir F, Allert F.A. - An ambulatory treatment of varicose veins associating surgical section and sclerotherapy of large saphenous vein (3S technique). Dermatol. Surg.1996; 22: 65-70.
11. Shapira A., Kaplan G., Schliserman P y Curto O.; Permeabilidad de la vena safena interna post ligadura sin stripping y su utilidad en la cirugía de revascularización. Evaluación ecográfica; X Congreso Argentino de Flebología y Linfología; San Miguel de Tucumán; 19-22 mayo de 1993.
12. Vin F. - Principes de la sclérothérapie des axes saphéniens des membres inférieurs et de leurs collatérales a l´exception des veinules et télangiectasies. Phlebologie 1994, 47, N° 4, 399-406.
13. Shadeck M. - Duplex & Phlebology. Clinical forms. Gnocchi. Ed. Naples.1994, 129-133.
14. Goldenstein, C.E., Reilly, J.A. y Pontel, L, “It hill replace less venous surgery than traditional surgical procedure by the XXI Century”, Revista Panamericana de Flebología y Linfología, N° 32, Pág. 17-21, marzo, 1999.
15. Beaglehole, R. y otros; Epidemiología Básica, OPS, 1994, Pág. 15.
16. Harrell Fe Jr. The PHGLM procedure. In: Hastings RP, ed. SUGI supplemental library user’s guide, version 5 ed. Cary, NC: SAS Institute, Inc, 1986: 437-74.
17. P.R. Vademécum, Índice farmacológico desarrollado, 2003.
18. Bondancia, E., “El daño y su reparación”, Psiquiatría médico legal y forense de Alfredo Achával, Tomo 1, Cap. 1, Pág. 53 -80, Astrea, 2003.
19. CNCiv., Sala G, 7/4/1983, “G. C. de M. L. c/ Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires”, ED.
20. Garay, O.E., Código de Derecho Médico, Ed. Ad-Hoc, 1999.
21. Yungano, A. R., Responsabilidad profesional de los médicos, Universidad de Buenos Aires, 1986, Pág. 138.
22. C1a. CC Tucumán, 15/6/1979, “Anastasiadi, Jesús I., c/N. N.; Rep. LL, 1980-730, sum 283.
23. CNCiv., Sala D, 28/10/1982, “Mackinson, Jorge c/Wilk, Alfredo”, LL, 1983- B-555.
24. CNCiv., Sala C, 24/8/1982, “Vega, Néstor G c/ Sanatorio Alberti, JA, 1983- II-156.
25. CNCiv., Sala G, 17/4/86, “Del Valle, Aldo R. y otra c/Municipalidad de la Capital”, JA, 1987-II-237.
26. Castaño de Restrepo, M.P., Doctrina, Revista Argentina de Derecho Médico y de Salud, Pág.29, 2004.
27. www.seacv.org/scentro/consentimiento.