

**b. Riesgos específicos de la operación que se le va a realizar:** quemadura, hematoma que puede dejar mancha residual (tatuaje), zonas induradas, infección, retraso o mala cicatrización de las heridas quirúrgicas, varicoflebitis, tromboembolismo venoso, lesión nerviosa (hormigueos, acorchamiento, dolor o pérdida de fuerza), lesión de las venas profundas, lesión arterial y fístula arterio-venosa.

**c.** Después de la intervención, en algunos casos de insuficiencia venosa muy avanzada, los síntomas o las alteraciones de los tejidos blandos (pigmentación, fibrosis o úlceras) pueden permanecer. Además puede quedar alguna variz residual.

Con el tiempo pueden aparecer de nuevo varices en la extremidad operada por progresión de la enfermedad al tratarse de una enfermedad crónica

**RIESGOS PERSONALIZADOS:**

No tiene en el momento actual.

Tiene los siguientes en relación con el estado previo de salud, edad, profesión, etc.:.....

En consecuencia, **doy mi consentimiento** al Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital Central de la Cruz Roja para la realización de la intervención propuesta.

Fecha: **Firma del paciente:**

Nombre del **representante legal o persona vinculada al paciente por razones familiares o de hecho**, en caso de incapacidad definitiva o transitoria del paciente, actúa como representante

D/Dña .....

Que en calidad de (padre, madre, tutor, etc.).....autoriza la realización del procedimiento mencionado.

Fecha: **Firma:** D.N.I.

**AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES CON FINALIDAD CIENTÍFICA, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN:** De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, presto mi autorización para la utilización de mis datos de carácter médico en las siguientes condiciones y con la finalidad manifestada:

“**Autorizo** a que mis datos clínicos, puedan ser utilizadas de manera anónima con fines científicos, docentes y de investigación”.

**Firma del paciente o Representante<sup>(1)</sup>**

Fdo.: D/D<sup>a</sup> **DNI:** Madrid, a de 201\_

**Médico Dr./Dra:** .....

He informado a este/a paciente, y/o a su representante<sup>(1)</sup> del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la Historia Clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la Historia Clínica del paciente.

En Madrid, a de de 20\_\_

**Firma:** ..... **Nº colegiado:** .....

**NEGATIVA A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Paciente  Representante .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... y no deseo proseguir el tratamiento..

Fecha: **Firma del paciente:** **Firma del Médico:**

Podrá ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recopilados y archivados. Para el ejercicio de estos derechos deberá dirigirse al Servicio de Atención al Paciente, en donde será informado/a de manera detallada de la forma de hacerlos efectivos.



Hospital Central de la Cruz Roja  
San José y Santa Adela



Nº Hª:.....

Paciente:.....

DNI:..... F. Nac:.....

SERVICIO ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### INFORMACIÓN PREVIA Y CONSENTIMIENTO OTORGADO PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ABLACIÓN TÉRMICA ENDOLUMINAL DE VARICES

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Las varices son dilataciones del sistema venoso superficial de las piernas (insuficiencia venosa). Estas venas dilatadas, pueden producir síntomas como dolor, calambres, picores, edema etc., y complicarse con la aparición de inflamaciones superficiales (varicoflebitis), sangrados o la aparición de úlceras. La intervención trata de evitar estas complicaciones o paliar sus síntomas. Es importante considerar que esta no es una intervención con un fin estético, sino para mejorar una insuficiencia venosa.

La intervención quirúrgica que le proponemos comprende la eliminación de la vena troncular afectada mediante ablación térmica endoluminal. Dicha ablación puede llevarse a cabo con radiofrecuencia o con endoláser. El procedimiento consiste en introducir un catéter o una fibra en el interior de la vena a tratar (habitualmente la vena safena interna y/o externa), a través de un introductor o de una incisión. El catéter (o fibra) está conectado a una fuente externa generadora de energía térmica. El calor generado llega a la punta del catéter (fibra) que al ser retirado poco a poco dentro de la luz de la vena va quemando la pared interna de la misma. Como consecuencia de la quemadura, aparece una intensa inflamación y trombosis de la vena que posteriormente se fibrosará y desaparecerá con el tiempo.

El procedimiento se suele realizar bajo anestesia local tumescente con sedación, aunque dependiendo de las circunstancias, puede ser necesaria la anestesia loco-regional o general. Todo el procedimiento se hace guiado con ecodoppler. Es una técnica mínimamente invasiva que evita la extracción de la vena safena y la ligadura de la unión de esta con las venas profundas y por tanto no requiere de incisiones quirúrgicas en la región inguinal o la parte posterior de la rodilla. Sin embargo, las colaterales varicosas superficiales se extraen quirúrgicamente a través de pequeñas incisiones o bien se esclerosan.

Los resultados publicados muestran que es una técnica segura, que las complicaciones son mínimas y que el grado de satisfacción de los pacientes es muy elevado. Estudios con seguimientos de pacientes, han mostrado que la ablación térmica (con radiofrecuencia o con endoláser) es una técnica, como mínimo, tan eficaz como la cirugía clásica de fleboextracción, pero con una incidencia menor de complicaciones y de dolor postoperatorio.

En algunas ocasiones, durante la operación surgen situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento previsto. Esta modificación sólo se realizará si se espera que sea beneficiosa para usted.

**CONSECUENCIAS SEGURAS DE LA INTERVENCIÓN:** Ninguna.

#### ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS:

- Tratamiento médico con medias elásticas terapéuticas, fármacos y ejercicios específicos.
  - Tratamiento quirúrgico tradicional (extracción de las safenas y colaterales) ó escleroterapia.
- En su caso particular, se ha considerado que la ablación térmica endoluminal es el tratamiento más adecuado.

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS DEL PROCEDIMIENTO:** A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables. Los riesgos y complicaciones más relevantes que pueden presentarse son:

**a. Riesgos generales de cualquier intervención:** infección, hemorragia, tromboembolismo, alteraciones cardio-respiratorias, renales, etc. Generalmente estas complicaciones se resuelven con un tratamiento médico adecuado, aunque en algunas ocasiones requieren una nueva intervención quirúrgica y en casos excepcionales conlleva un riesgo vital. Estas complicaciones son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.