



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA: ABLACIÓN DE SAFENA (RADIOFRECUENCIA, ENDOLÁSER O ABLACIÓN MECÁNICO-QUÍMICA)

1. ¿QUÉ ES?

La ablación de la safena con endoláser o radiofrecuencia consisten en aplicar a través de un catéter una fuente de calor endoluminal, dentro de la luz del vaso, que provoca por efecto térmico, una irritación e inflamación de su pared, y posterior fibrosis, cuyo resultado es la oclusión de la variz.

La ablación mecánico-química de la safena es un método mixto que induce la inflamación por erosión mecánica del endotelio al utilizar un catéter con un dispersor rotacional al tiempo que se inyecta un esclerosante, provocando una reacción de trombosis y oclusión de la vena tratada.

2. ¿CÓMO SE REALIZA?

- Se realiza un estudio con ecodoppler de la extremidad a tratar.
- El tipo de anestesia lo decidirá el anestesista (y ellos le explicarán los riesgos) y puede ser local con sedación, regional o general
- Siempre se realiza además una anestesia alrededor de la vena safena (tumescencia), para evitar complicaciones por el calor generado.
- Se realiza una punción o una pequeña incisión a nivel de la vena safena y se introduce un dispositivo en forma de tubo fino y flexible (catéter) que produce el cierre de la misma.
- Después de la intervención deberá llevar una media o vendaje durante unos días.
- Es una constante la aparición de molestias que ceden con analgesia habitual.

Las varices residuales visibles, que dependen de la vena safena, tienden a desaparecer espontáneamente tras el tratamiento. Algunas pueden precisar en el futuro o durante la misma intervención de extracción con pequeñas incisiones a distintos niveles o esclerosis de las mismas.

3. ¿CUALES SON LOS RIESGOS?

Cualquier actuación médica tiene riesgos y la mayor parte de las veces los riesgos no se materializan. Pero es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Excepcionalmente la intervención puede conllevar un riesgo de mortalidad de 1/10.000 procedimientos. Lo habitual es que en menos de 24 horas pueda volver a casa caminando, con una media o una venda, y hacer una vida relativamente normal.

RIESGOS MUY POCO FRECUENTES:

Complicación a nivel de las heridas: hematomas, seromas o infecciones. Pueden quedar algunas manchas oscuras, hiperpigmentación, en las zonas de los hematomas.

Puede que no desaparezcan todas las varices o no se quiten porque no se considera conveniente (varices residuales).

Pueden quedar zonas “acorchadas” o con mucha sensibilidad por irritación de los nervios de la pierna (neuropatías de safeno).

Pueden formarse trombos en las venas superficiales: varicoflebitis o en las venas profundas de la pierna y producir embolias de pulmón.



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR
PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO INSUFICIENCIA VENOSA
CRÓNICA: ABLACIÓN DE SAFENA (RADIOFRECUENCIA,
ENDOLÁSER O ABLACIÓN MECÁNICO-QUÍMICA)**

En algunos casos de insuficiencia venosa muy avanzada, los síntomas o las úlceras venosas previas, no desaparecer por completo.

Pueden aparecer varices nuevas (varices recidivadas), al cabo de un tiempo porque la enfermedad venosa crónica sigue desarrollándose.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En la mayoría de los casos se consigue que disminuya de forma importante la pesadez, el dolor y la hinchazón de las piernas.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de este procedimiento supone dejar la enfermedad a su evolución natural.

6. ALTERNATIVAS

Hay otras alternativas a la intervención quirúrgica de forma programada, que consisten en tratamiento médico con terapia compresiva (medias elásticas), fármacos y ejercicios específicos. Existen otras técnicas, tanto quirúrgicas como escleroterapia, que se podrían aplicar, pero el equipo de Cirujanos Vasculares ha considerado que esta técnica es la más apropiada en su caso

7. RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de la anestesia, como los debidos a enfermedades asociadas del paciente que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR
PROCEDIMIENTO: TRATAMIENTO INSUFICIENCIA VENOSA
CRÓNICA: ABLACIÓN DE SAFENA (RADIOFRECUENCIA,
ENDOLÁSER O ABLACIÓN MECÁNICO-QUÍMICA)**

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida, y adjunta por escrito en las páginas precedentes.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento
- Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

En _____ a _____ de _____ de 20 _____.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____