

Consentimiento Informado para Tratamiento  
de Varices de las Extremidades Inferiores Con  
Termo ablación por Radiofrecuencia

Cirugía Vasculuar

## Consentimiento Informado para Tratamiento de Varices de las Extremidades Inferiores Con Termoablación por Radiofrecuencia

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Se me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación al **TRATAMIENTO DE VARICES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TERMOABLACION POR RADIOFRECUENCIA**

## INFORMACIÓN

- 1) El tratamiento indicado consiste en un procedimiento quirúrgico para corregir el reflujo venoso causante de los síntomas y de las dilataciones varicosas visibles, así como evitar las eventuales complicaciones futuras por esta patología.
- 2) El procedimiento consiste en el tratamiento de las várices de las extremidades inferiores, mediante la eliminación de la fuente de reflujo venoso, demostrado por los exámenes preoperatorios, para lo cual se realiza, a través de una técnica mínimamente invasiva, la termoablación (cauterización) de la vena causante de tal reflujo (vena safena interna) mediante la aplicación de calor en el interior de dicha vena, logrando su oclusión y desfuncionalización, terminando así con la fuente del reflujo.
- 3) Para la realización del procedimiento se requiere el uso de instrumental y tecnología apropiada (catéteres especiales, ecografía intraoperatoria, etc.), lo que se traduce en mayores costos del procedimiento quirúrgico en sí, en comparación con la cirugía tradicional.
- 4) En forma concomitante al procedimiento de termoablación se puede realizar la resección de la vena safena externa (Safenectomía Externa) y la resección de venas perforantes insuficientes y/o de las venas colaterales visibles, dependiendo de cada caso en particular
- 5) La alternativa al tratamiento quirúrgico planteado es la cirugía tradicional con Safenectomía quirúrgica, procedimiento que representa una alternativa quirúrgica convencional, con complicaciones propias y recuperación más lenta
- 6) En el caso de abstención del tratamiento planteado por mi patología de várices, habitualmente se mantiene la sintomatología y no se disminuye el riesgo de complicaciones futuras, especialmente las asociadas a los cambios tróficos de la piel.
- 7) El tipo de anestesia requerido, será el indicado por el anestesiólogo, siendo habitualmente anestesia regional, con los riesgos y eventuales complicaciones propias.
- 8) 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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, alergia a medicamentos, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.) como son infarto al miocardio, arritmias intra operatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria u otras
- 9) Dentro de las complicaciones propias a este tipo de procedimiento quirúrgico se encuentran, entre otras:
  - Lesiones por calor en la piel circundante al sitio de termoablación
  - Edema postoperatorio en la(s) extremidad(es) intervenida(s)
  - Alteraciones de la sensibilidad de la piel en los sitios intervenidos, lo que habitualmente es transitorio y de recuperación tardía
  - Dolor de tipo neuropático
  - Presencia de hematomas postoperatorios
- 10) La circunstancia de la presencia de complicaciones puede implicar una reintervención quirúrgica y/o una hospitalización más prolongada, con mayores costos asociados.

- 11) Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
- 12) Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.
- 13) El tratamiento quirúrgico planteado, como se ha señalado, consiste en la corrección del reflujo venoso existente, pero no pretende eliminar en su totalidad las dilataciones varicosas presentes, especialmente las más pequeñas (venas reticulares y telangiectasia), para lo cual puede ser necesario procedimientos alternativos futuros
- 14) Por las características de esta cirugía en que se realiza la cauterización de la vena causante del reflujo, es necesario el control del procedimiento realizado mediante una ecografía que se efectúa habitualmente antes de una semana de la operación y que permite evaluar la efectividad de la cauterización de la vena y que esto no se haya propagado a otras venas más profundas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

**CONSENTIMIENTO**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**VARICES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TERMOABLACION POR RADIOFRECUENCIA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....



**REVOCACIÓN**

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).