CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA HEMORROIDAL

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: …… , nº historia: ……

Nombre y apellidos del representante (si procede): ……

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí☐ No☐**

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: ……

INFORMACIÓN GENERAL

Este documento sirve para que usted, o quien le represente, de su consentimiento para esta intervención y pueda llevarse a cabo. En cualquier momento puede retirar dicho consentimiento. De su revocación, no derivará ninguna consecuencia ni acción adversa respecto de la atención médica que precise.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que existen diferentes alternativas quirúrgicas para el tratamiento de las hemorroides (dilataciones venosas próximas al ano) sintomáticas.

- ☐ **Hemorroidectomía Milligan-Morgan/Ferguson**. Extirpación de las hemorroides que son la causa de las molestias (sangrado, dolor, etc).
- ☐ **Desarterialización guiada por doppler.** Ligadura de las arterias hemorroidales y pexia de la mucosa hemorroidal (reposicionamiento y fijación, mucopexia).
- ☐ **Hemorroidopexia grapada de Longo** (mucosectomía circunferencial). Fijación de la mucosa rectal con el objetivo de evitar su prolapso. Para ello se utiliza un dispositivo que realiza un corte circular en el interior del recto, extirpando un aro de tejido por encima del tejido hemorroidal, con grapas con cierre automático con fijación de las hemorroides a la pared rectal.
- ☐ **Ablación por radiofrecuencia.** Consiste en la aplicación sobre la hemorroide de la energía de radiofrecuencia, que provoca una reacción de calor/coagulación sobre la zona. Se repite en varias zonas. Lo que produce cambios vasculares, fibrosis y retracción del tejido.
- ☐ **Ablación por láser.** Variante de tratamiento que consiste en aplicar una descarga de energía dentro de los paquetes hemorroidales afectos con el objetivo de conseguir una reducción del volumen hemorroidal así como la fijación del tejido conectivo a la submucosa para mejorar el prolapso que se genera en esta patología.
- ☐ **Esclerosis.** Inyección de sustancia esclerosante. Esto provoca una fibrosis, retracción y fijación de los cojinetes hemorroidales.
- ☐ **Otros** _____

En casos seleccionados, esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

Existe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Me han informado que, mediante este procedimiento, se pretenden tratar las hemorroides para curar o resolver mis síntomas (sangrado, prolapso, picor, dolor, etc…)

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que no parece probable que pueda mejorar con medicamentos, siendo la cirugía la alternativa más eficaz para el tratamiento de sus hemorroides ……

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, 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 y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, edema del ano. Dolor prolongado en la zona de la operación. Reproducción de las hemorroides.
- **Riesgos poco frecuentes y graves**: Infección importante del ano y periné. Incontinencia a gases e incluso a heces. Estenosis de ano.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

……

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente.

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

……

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……..

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(cirugía hemorroidal)** que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA ☐) que:
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo a que la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes, de investigación o de difusión del conocimiento científico.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa
Dr/a: ……
Colegiado nº ……..
Fecha: ……

Firma del paciente
D./Dª: ……..

D./Dª: ……, con DNI: ……..

en calidad de …… a causa de …… doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: ……

Denegación de la intervención / Rechazo del consentimiento:

D./Dª: ……., con DNI: ……
NO AUTORIZO LA INTERVENCIÓN / REVOCO EL CONSENTIMIENTO. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad que padezco/padece el paciente.

Firma del paciente **Firma del representante**

Fecha ……

Revocación del consentimiento:

D./Dª: ……., con DNI: ……
REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente **Firma del representante**

Fecha ……