CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO INSTRUMENTAL HEMORROIDES

*L*ey 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PATOLOGÍA HEMORROIDAL.

(LIGADURA HEMORROIDAL CON BANDA ELÁSTICA/ESCLEROSIS HEMORROIDAL/FOTOCOAGULACIÓN CON INFRARROJOS)

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 lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla, pero firmarlo no le obliga a someterse a ella. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo/revocación no se derivará ninguna consecuencia adversa en la calidad del resto de la atención recibida.

Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las hemorroides son dilataciones venosas próximas al ano que con la maniobra defecatoria pueden dilatarse, congestionarse, prolapsarse, producir dolor y sangrar. En función de la clínica y el grado de prolapso a través del ano que presenten podemos realizar diversos tratamientos. En las hemorroides internas grados I, II e incluso III, existen diferentes terapias que podemos aplicar en consulta.

- ☐**Banding hemorroidal:** mediante este procedimiento se pretende ligar los vasos de las hemorroides con bandas elásticas para solucionar sus síntomas. Se procederá a la ligadura de uno o más grupos de venas causando fibrosis, retracción y fijación de los cojinetes hemorroidales.
- ☐**Esclerosis hemorroidal:** mediante este procedimiento se pretende causar una intensa reacción inflamatoria local reduciendo la congestión hemorroidal con la finalidad de solucionar sus síntomas. Se procederá a la inyección de una sustancia esclerosante (fenol al 5% en aceite de almendras, quinina, hidrocloruro de urea o tetradecil sulfato de sodio) a nivel de los 3 grupos principales de venas hemorroidales internas.
- ☐**Fotocoagulación con infrarrojos:** El calor de la luz infrarroja produce una zona de quemadura que afecta mucosa y submucosa, generando un proceso inflamatorio que luego cicatriza y fija ambas capas impidiendo el prolapso hemorroidal, No se realizará tratamiento alguno en la piel anal, por lo que es probable que no desaparezcan los colgajos cutáneos.
- ☐ **Otros:**

Existe la posibilidad de precisar la repetición de las sesiones de cualquiera de estos procedimientos. El tratamiento se realiza de manera ambulatoria y generalmente en la consulta externa.

Puede ser necesario realizar una preparación previa para limpiar la parte final del intestino mediante la administración de un enema en su domicilio.

El procedimiento no requiere anestesia general o loco-regional salvo la aplicación previa al procedimiento de lubricante con anestésico tópico.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende solucionar la sintomatología hemorroidal del 69% al 97% de los casos, aunque puede ser necesario la realización de varias sesiones para lograr ese fin.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Se puede realizar un tratamiento alternativo quirúrgico, aunque sólo suele ser necesario en el 5-10% de los pacientes con patología hemorroidal y está reservado para los grados más avanzados de hemorroides o fracaso de los tratamientos previos.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Cualquier actuación médica conlleva riesgos. La mayor parte de las veces no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted los conozca.

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: Disconfort y sensación de necesidad de defecación (tenesmo) que puede durar uno o dos días. Sangrado leve tras el procedimiento y entre los 10-14 días. El mareo, la presencia de fisura anal o la dificultad para orinar, son complicaciones también comunes, aunque poco graves.

Riesgos poco frecuentes y graves: El sangrado importante es menor del 1% pudiendo ser necesaria una intervención quirúrgica. La infección y sepsis perianal, aunque se presenta en menos del 1% de los pacientes, puede requerir también tratamiento quirúrgico. El dolor importante, aunque su frecuencia es menor al 15% de los casos, puede obligar a la reintervención y retirada de la banda.

Riesgos derivados de sus problemas de salud: Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-respiratorias, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.
Las patologías concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia...) pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que, en estos casos, el riesgo quirúrgico general es mayor.

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:

……..

CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO: ……..

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

……..

Declaraciones y firmas:

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

D./Dª: …… con DNI: ……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(LIGADURA HEMORROIDAL CON BANDA ELÁSTICA/ESCLEROSIS HEMORROIDAL/ FOTOCOAGULACIÓN CON INFRARROJOS)** 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.
- 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.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud. Por lo tanto 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.
- 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: ……

Firma del paciente

D./Dª: ……

Colegiado nº ……..

Fecha**:** ……

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 del consentimiento/rechazo de la intervención:

D./Dª: ……, con DNI: ……

NO AUTORIZO la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad del paciente y/o para su vida.

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 ……