

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HEMORROIDES**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Las hemorroides (almorranas) son dilataciones de las vena próximas al ano que causan molestias típicamente asociadas a la defecación, como sangrado, dolor, salida al exterior, etc.

El tratamiento de la patología de las hemorroides va a estar en función de su localización (internas o externas) y la intensidad de la sintomatología que produce. Cuando la dilatación de las hemorroides internas y su descenso hacia el exterior son importantes, se puede intentar un tratamiento con inyecciones de medicamentos esclerosantes (sustancias que “secan” las venas) o ligadura de los nódulos venosos mediante sutura o colocación de bandas elásticas. Estas técnicas se realizan a través de un tubo rígido (anuscopio) con un sistema de iluminación que se introduce por el ano, duran por término medio entre 10 y 15 minutos y se hacen en régimen ambulatorio.

Cuando todo lo anterior no logra controlar los síntomas y en caso de hemorroides externas, está indicada la extirpación quirúrgica de las varices hemorroidales que, en general, puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía.

A veces, previo consentimiento del paciente, estos tratamientos pueden llevarse a cabo bajo anestesia local en la consulta de cirugía el mismo día de la primera visita médica y ser repetidos, en caso necesario, hasta la resolución satisfactoria de la enfermedad.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos informará el anestesiólogo.

La finalidad de la técnica es extirpar las hemorroides para curar o resolver los síntomas que ocasionan.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida.
- Edema del ano.
- Sensación de cuerpo extraño intra-anal o deseo molesto de defecar (tenesmo).
- Dolor al orinar.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección importante.
- Trombosis (formación de un coagulo de sangre) en los vasos hemorroidales internos y/o externos.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

**RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

**CONTRAINDICACIONES**

No tiene.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

No tiene.

**AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HEMORROIDES”**

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
*Servicio de Cirugía General  
y Digestiva*

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: