

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR UN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS HEMORROIDES

DON/DOÑA..... DE..... AÑOS DE EDAD
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

CON DOMICILIO EN..... Y D.N.I. N.º.....

DON/DOÑA..... DE..... AÑOS DE EDAD Y D.N.I. N.º.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL TUTOR)

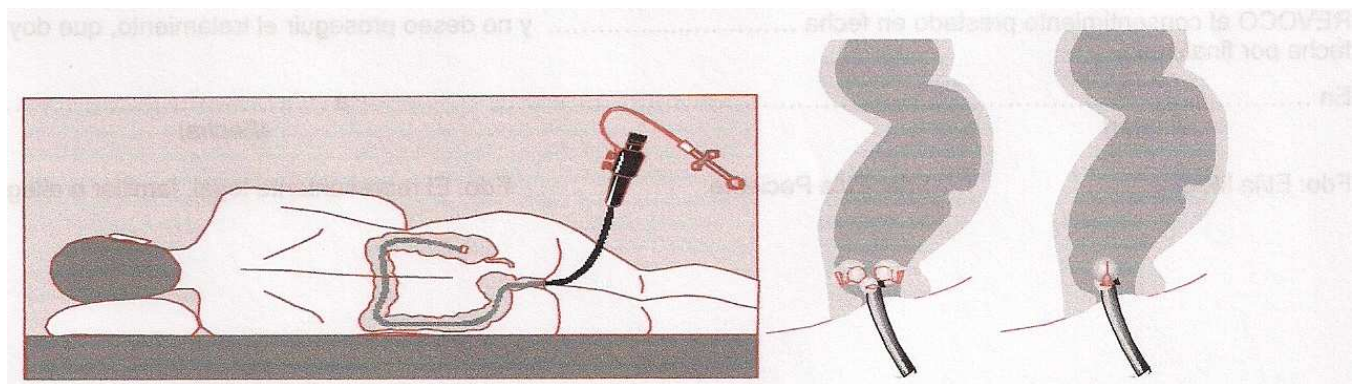
EN CALIDAD DE..... (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) DE.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DECLARO:

QUE EL DR. (Médico que indica exploración).....
me ha explicado que en mi situación es conveniente proceder, en mi situación, a un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS HEMORROIDES** y se me ha hecho entrega de este documento con la información adecuada que he podido o podré confirmar y contrastar con el especialista o con el endoscopista en consulta (previa cita), por teléfono (915783817) o antes de la endoscopia. Con ello he podido entenderlo todo y aclarar mis dudas. A su vez me han proporcionado el teléfono 910003595 para dudas administrativas relacionadas con la endoscopia y la sedación.

1. Además del tratamiento quirúrgico, las hemorroides pueden tratarse por vía endoscópica mediante la inyección de sustancias esclerosantes o con la colocación de bandas elásticas, en una o varias sesiones, que van a provocar el colapso de las mismas. En este último caso, al montar el sistema de colocación, aumenta el diámetro distal del endoscopio.

2. Con el paciente habitualmente en decúbito, acostado sobre su lado izquierdo, se introduce el endoscopio a través del ano. Una vez localizadas las hemorroides, se inyecta una sustancia esclerosante en el interior de las mismas o se disparan una o más bandas que van a producir una estrangulación y posterior desprendimiento de la hemorroide en los siguientes días.
En los días posteriores al tratamiento puede ser necesario el uso de antibióticos y analgésicos.



3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización podrían presentarse efectos indeseables. Leves y relativamente frecuentes como dolor anal, hemorragia, distensión abdominal, mareo o hipotensión fácilmente solucionables. Otros muy infrecuentes como retención urinaria, hemorragia intensa, infección, sepsis, úlcera rectal o estenosis o excepcionales como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACV (accidente cerebrovascular agudo) que podrían ser graves y requerir tratamiento médico intensivo o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

4. Comprendo que hay que hacer una correcta preparación previa al procedimiento, para lo que he recibido las instrucciones por escrito. Además se me advierte de avisar sobre posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,.....) pudiera aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones. (escriba otros que en su caso existan)

5. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la **SEDACIÓN**.

La sedación que se realiza suministrando por vena fármacos hipnóticos, sedantes y/o analgésicos, logra desde simplemente suprimir la ansiedad en su grado más superficial, hasta evitar el dolor y la percepción consciente de lo que acontece en su grado medio y hasta alcanzar una inconsciencia total en su grado más profundo.

Dicha sedación que reporta beneficios al paciente y a la técnica endoscópica, rara vez propicia la aparición de alteraciones y complicaciones que casi siempre son leves y reversibles. Se considera una técnica segura y por tanto de uso generalizado; en ella, de forma general, el balance riesgo/beneficio siempre es favorable. Las complicaciones las hay que son típicas en relación con la punción de la vena como hematoma, flemón, infección cutánea o flebitis; cardiovasculares y respiratorias leves que tienen que ver con hipotensión, falta transitoria de oxigenación, alteraciones del ritmo cardíaco o el espasmo de laringe; otras infrecuentes están en relación a que son psicofármacos los que se usan pudiendo aparecer agitación, desorientación, hipo, retención urinaria, náuseas. Rara vez son reacciones alérgicas como pueden suceder en la administración de cualquier fármaco. Excepcionalmente puede sobrevenir shock por alergia, arritmia grave, broncoaspiración, coma, convulsiones, parada respiratoria y/o parada cardio-respiratoria con necesidad de medidas de UCI y la posibilidad de que incluso sobrevenga la muerte.

Entiendo que existe mayor riesgo con la sedación y también con la endoscopia misma en pacientes pertenecientes a los grupos de alto riesgo: EPOC (enfermedad pulmonar crónica), enfermedad coronaria grave, otras enfermedades cardíacas graves, patología psiquiátrica, alcoholismo, drogadicción, embarazo, obesidad mórbida, alteraciones anatómicas en macizo facial y orofaringe, alergias o complicaciones en anestésias previas y casos con fracaso previo en endoscopia-sedación. Soy informado de que en estos grupos de alto riesgo, las guías médicas recomiendan que sea un anestesiólogo el encargado de realizar la sedación.

Siempre es conveniente aportar informes y estudios médicos previos. En caso de pertenecer a un grupo de alto riesgo además es necesario un estudio pre-anestésico (contactar con la Unidad de Endoscopia e Intervencionismo Digestivo).

Acepto la vigilancia e instrucciones que se indiquen después de la sedación puesto que entiendo que su efecto puede tardar varias horas en desaparecer por completo (debo evitar el deambular en solitario, conducir vehículos, manejar maquinaria o tomar decisiones de trascendencia en las 4-5 horas siguientes).

Durante todo el procedimiento endoscópico con sedación e inmediatamente después estarán vigiladas mis funciones circulatoria, respiratoria y neurológica sometiénome a los registros necesarios.

En esta Unidad la sedación corre a cargo de uno o dos médicos endoscopistas presentes (no anestesiólogos) y de dos diplomados en enfermería que están formados y tienen una dilatada experiencia en la sedación para endoscopia. Esta Unidad realiza los procedimientos en el área de quirófanos donde existen los medios humanos y materiales necesarios para resolver las incidencias y complicaciones que pudieran presentarse durante la endoscopia y la sedación.

6. Acepto que el procedimiento pueda ser anulado o suspendido en el último momento en caso de que el médico endoscopista considere no asumible el riesgo en mí caso.

7. Conozco la existencia de posibles medios terapéuticos alternativos. Entiendo que el tratamiento endoscópico de las hemorroides es eficaz en el 70% de los casos en que está indicado y que en ocasiones pasado el tiempo pudieran reaparecer las hemorroides. También conozco la posibilidad de realizar el **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS HEMORROIDES** sin sedación debiendo asumir en tal caso la ansiedad, la molestia y el dolor que me ocasione. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. 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 comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS HEMORROIDES**

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid..... de..... de.....



REVOCACIÓN

Don /Doña
Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me realice **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS HEMORROIDES** y no deseo proseguir con el tratamiento que doy en esta fecha por finalizado.

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid.....de.....de.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me aplique **SEDACIÓN** en el **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS HEMORROIDES** .

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid..... de..... de.....