



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS HEMORROIDES Y SEDACIÓN**



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

CON DOMICILIO EN Y D.N.I. Nº

DON/DOÑA DE AÑOS DE EDAD Y D.N.I. Nº
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL TUTOR)

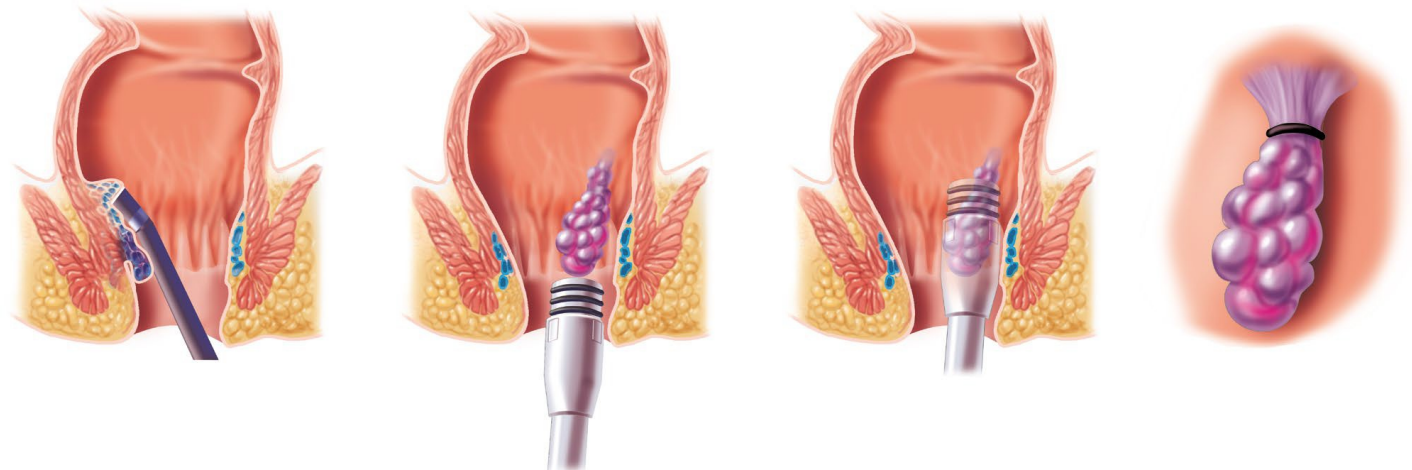
EN CALIDAD DE (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) DE
.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DECLARO:

QUE

El Dr/La Dra. (Médico que indica la exploración y/o que facilita la información):..... me ha explicado que en mi situación es conveniente realizar 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) o antes de la endoscopia. Con ello he podido entenderlo todo y aclarar mis dudas. A su vez me han proporcionado el teléfono 915783817 (L mañana y tarde, M tarde, J mañana y V mañana y tarde) para dudas relacionadas con la endoscopia y la sedación y el 603607944 (secretaría) para temas administrativos.

1. El propósito principal de la técnica es conseguir la fibrosis de las hemorroides. Las hemorroides son dilataciones venosas próximas al ano. Mediante este procedimiento, se colapsan las hemorroides y esto reduce las molestias, el dolor, el sangrado y que dichas hemorroides se salgan a través del ano.
2. He sido informado de que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación/anestesia, de todo lo cual me informa el médico responsable de la misma.
3. El médico me ha explicado que la intervención consiste en la introducción de un endoscopio flexible por el ano, que lleva acoplado en su extremo un sistema de liberación de anillos o bandas elástica. Mediante esta técnica se aplican los anillos elásticos de goma, estrangulando las hemorroides. Dicha ligadura provoca, a lo largo de los días, una úlcera y una cicatriz, siendo finalmente eliminada la banda por el ano junto con las heces. Se pueden realizar varias ligaduras en una misma sesión. Las hemorroides pueden reaparecer con el paso del tiempo, lo que puede obligar a repetir la técnica o a realizar una intervención quirúrgica.



4. El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son: el tratamiento farmacológico por vía oral o tópico junto a las medidas higiénico/dietéticas, o bien el tratamiento quirúrgico. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconveniente y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado, que en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado. Así mismo, me ha informado el médico que, en cualquier caso, la aplicación de esta técnica no contraindica la aplicación posterior de las distintas técnicas alternativas.

5. He sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal por la insuflación necesaria de aire. Durante las primeras horas o días puede haber dolor y molestias anales, sensación de ocupación rectal y pequeños sangrados anales. Será necesario el uso de analgésicos/antiinflamatorios. Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o adversos.

Los más frecuentes son hemorragia, dolor prolongado en la zona, edema (hinchazón) del ano y/o infección local. Los más graves y menos frecuentes infección importante del periné (el periné es la zona anatómica situada en los alrededores del ano y los genitales), incontinencia a gases e incluso a heces, estrecheces del ano, reaparición de las hemorroides. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

6. Comprendo que hay que hacer una correcta preparación previa al procedimiento incluido el necesario ayuno, 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 especialmente de los fármacos que alteran la coagulación (Sintron, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Plavix, Aspirina, heparinas, etc) o cualquier otra enfermedad o circunstancia.

Entiendo que 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 esta 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 sometiéndome 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. Para documentar la exploración, además del informe endoscópico, en ocasiones se toman imágenes (fotos o vídeos) de los hallazgos endoscópicos. Las imágenes pueden emplearse con fines docentes de difusión del conocimiento científico, siempre de forma confidencial y preservando el anonimato del paciente, excepto que usted no autorice expresamente su uso.

7. 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. Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.

8. 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. He sido informado, asumo y entiendo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento. 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 una **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS HEMORROIDES CON SEDACIÓN**

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA 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 diagnóstico/tratamiento que doy en esta fecha por finalizado.

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA 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/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE

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

NO consiento el uso de las **IMÁGENES** endoscópicas tomadas para uso científico/docente.

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE

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

Sus datos personales y de salud serán incorporados a un Fichero custodiado por UNIDIGEN SLP, de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, de 5 de diciembre. El titular de los datos personales podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, y de revocación del consentimiento, en los términos previstos en la normativa vigente.