

# CONSENTIMIENTO INFORMADO HEMORROIDECTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	<p>El cirujano/a me ha explicado que se me van a extirpar las hemorroides (dilataciones venosas próximas al ano), que son la causa de las molestias (sangrado, dolor, etc). En ocasiones no es necesario extirparlas todas y el tratamiento a veces se completa con ligaduras o esclerosis de grupos más pequeños o accesorios que no se pueden extirpar.</p> <p>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. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.</p>
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	<p>El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretenden extirpar las hemorroides para curar o resolver mis síntomas (molestias, sangrado, dolor, etc.).</p>
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	<p>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.</p>
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	<p>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Infección y sangrado de la herida quirúrgica</li><li>2. Edema de ano</li><li>3. Retención aguda de orina</li><li>4. Neumotórax postoperatorio</li></ol>
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	<p>Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Infección importante de ano y periné</li><li>2. Incontinencia a gases e incluso a materia fecal</li><li>3. Estenosis de ano</li><li>4. Reproducción de hemorroides</li></ol>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	<p>Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.</p>

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## HEMORROIDECTOMIA

**ACLARACIONES**  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **HEMORROIDECTOMIA**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....  
.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE ..... DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **HEMORROIDECTOMIA**  
EN ..... A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....  
.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....  
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ..... A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO