

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

RUT.....EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas) .....

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN LIGADURA DE HEMORROIDES CON BANDAS ELÁSTICAS:

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a 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.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica a la que usted va a someterse se llama ligadura con bandas elásticas y consiste en la colocación de una banda de goma en la mucosa por encima de una hemorroide para cortar el flujo de sangre. El tejido hemorroidal y la banda se eliminan en unos pocos días y la pequeña herida cicatriza.

##### CÓMO SE REALIZA

La técnica se realiza mediante un tubo rígido (anoscopio) con un sistema de iluminación que se introduce por el ano. A través de él podremos ver directamente las hemorroides y ligarlas con bandas elásticas. Se realiza en posición con las rodillas flexionadas y dura por término medio entre 10 y 15 minutos. Ocasionalmente podrá administrársele un sedante inyectado.

La exploración se realiza en régimen ambulatorio. A veces, son necesarias varias visitas para completar el tratamiento.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Durante la exploración la tolerancia es variable de un individuo a otro. Puede ocasionar malestar anal, sensación de peso o cuerpo extraño en el ano, que generalmente se controlan con la medicación. Una vez finalizada, habrá un periodo de observación para detectar la posible aparición de complicaciones

##### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El tratamiento elimina el riesgo de hemorragia por esta causa.

## OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Tratamiento quirúrgico de las hemorroides (Cirugía).

## QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos 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 conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

### • LOS MÁS FRECUENTES:

Sensación de cuerpo extraño intra-anal con tenesmo (el tenesmo es la sensación de deseo de defecar). Dolor leve o malestar rectal. A veces el dolor es más importante.

Sangrado moderado en relación con la formación de la herida. Suele ocurrir en los 10 primeros días después su colocación.

Reacción vagal. Consiste en la alteración del pulso y la tensión, mareo y sudoración, hasta lipotimia. Generalmente es leve y cuando es más intensa se administra atropina.

Trombosis hemorroidal interna y/o externa. Síntomas urinarios como dolor al orinar. Se suelen controlar con reguladores del tránsito y analgésicos. A veces se requiere la excisión de la hemorroide y extracción del trombo.

### • LOS MÁS GRAVES:

Sangrado abundante que puede precisar control quirúrgico. Ocasionalmente requiere transfusión. Retención urinaria con dolor y fiebre.

Infecciones graves que pueden requerir tratamiento hospitalario. Para prevenirla, se administran antibióticos profilácticos.

Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

Alteraciones de coagulación: Puede existir más riesgo de hemorragia si se toman antiagregantes o anticoagulantes. Se deben tomar precauciones al respecto.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo en el caso de aparición de complicaciones.

## OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso

---

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

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, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

     SI      NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

     SI      NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

**DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

**MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO**

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

---

**RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....