

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE HEMORROIDES (EMBORRHOD)

Identificación del paciente

Nº Historia:

DNI:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nombre:

Sexo:

F. Nacimiento:

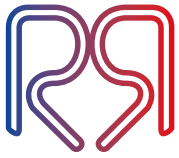
Fecha:

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en BOE 274, de 15-11-2002 establece que Ud. tiene derecho a conocer en qué consiste la intervención-procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y los beneficios de su realización. Este documento sirve para que Ud, o quien le represente, esté adecuadamente informado sobre lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el documento de consentimiento informado para realizar la intervención (en reverso de esta hoja u otra adjunta a este documento).**

Antes de firmar es importante que lea atentamente la información contenida en el mismo, ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y Ud. autoriza su realización. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, no dude en preguntarnos. Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a someterse a dicha intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

La **embolización** es una intervención que sirve para tapar los vasos sanguíneos (arterias hemorroidales) que irrigan el plexo hemorroidal responsable de sus síntomas (principalmente sangrado).

Se le pinchará un vaso sanguíneo (generalmente en la ingle o en el brazo) utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo muy fino (catéter), por el que se inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver los vasos sanguíneos en las radiografías. Una vez localizado el sitio exacto de los vasos que deben taparse, éstos se cierran mediante sustancias que interrumpen la circulación de la sangre evitando, por tanto, el sangrado.



La duración de la intervención es, aproximadamente, de 1 a 2 horas. Deberá permanecer ingresado/a en el Hospital 48 - 72 horas.

ALTERNATIVAS

En la actualidad la alternativa es la cirugía hemorroidal (hemorroidectomía quirúrgica).

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

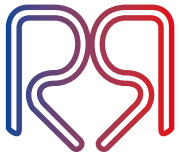
Por la técnica que se va a realizar

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Como consecuencia de la intervención (embolización), se puede presentar en algunos casos sangrado rectal o dolor pélvico después de la intervención, que puede persistir entre 3 y 5 días y suele ceder con tratamiento médico.
- Es excepcional, pero está descrito en la literatura médica, que se produzcan lesiones en otros órganos (vejiga o recto) por falta de riego (isquemia) tras la embolización.
- Otras complicaciones raras son la incontinencia rectal o la trombosis de las hemorroides.
- La muerte puede producirse en 1 de cada 10.000 pacientes.

Por el medio de contraste

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones o sensación de ahogo.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 1.000.000 pacientes).



Por la exposición a los rayos X

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos y técnicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

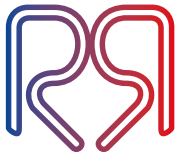
RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS

OBSERVACIONES

Previamente a la realización de la intervención se debe comunicar al médico responsable si padece algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o los medios de contraste. También si está Ud. embarazada o en periodo de lactancia.

Con la firma del consentimiento también autoriza el uso de imágenes del procedimiento con fines científicos y/o académicos, sin que sea revelada su identidad en las mismas.

Si después de leer este documento y antes de firmarlo desea más información o aclarar cualquier duda no dude en preguntar al especialista responsable.



Declaraciones y firmas

D./D^a _____, con D.N.I. _____ he sido informado suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. He comprendido la información y doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente

Fecha ___/___/ 202__

D./D^a _____, con D.N.I. _____ y en calidad de _____ he sido informado suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento.

Firma del tutor o familiar

Fecha ___/___/ 202__

Dr./Dra. _____, he informado al paciente y/o al tutor o familiar, del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar, explicándose los riesgos, alternativas terapéuticas y complicaciones posibles.

Firma del médico responsable

Fecha ___/___/ 202__

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a _____ con D.N.I. _____ revoco el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento _____ y NO deseo que prosiga el mismo.

Firma de revocación

Fecha ___/___/ 202__