

Doctor Luis Javier Cárdenas

**Cirujano Gastrointestinal Laparoscopista y de
Obesidad**

Doctora Hebe Angélica Avilés V.

**Cirujana General Laparoscopista y de
Obesidad**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cirugía “Hemorroidectomía”

INFORMACION GENERAL

El propósito principal de la intervención consiste en realizar una resección de uno o varios paquetes hemorroidales a nivel del ano las cuales se encuentran inflamadas, o aumentadas de tamaño, o han sangrado, o son dolorosas. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA HEMORRIDECTOMÍA

La intervención consiste en la resección del tejido hemorroidal afectado, ya sea la liberación de la presión de una hemorroide trombosada (hemorroide con un coágulo adentro) en estos casos se elimina el coágulo y se abre la hemorroide y en otra cirugía posterior, por lo general, se realiza la resección de uno o varios paquetes hemorroidales. La resección de los paquetes hemorroidales puede hacerse con varias técnicas, las más comunes son las de resección simple con puntos de sutura de cierre, y la de resección con pinza bipolar de sellado de vasos sanguíneos, la cual se determinará antes de la cirugía. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía se tengan que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE LA HEMORRIDECTOMIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión. edad avanzada, anemia, obesidad), y los específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, flebitis, hematomas superficiales o profundos con la formación de seromas y dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la herida, infección superficial o profunda, trombosis venosa profunda o tromboembolismo, lesión de vasos sanguíneos, linfáticos o nervios adyacentes, limitación funcional por insuficiencia muscular o por otras causas, lesión del esfínter anal.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos. sueros. etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia o unidad de cuidados intensivos. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos del Hospital seleccionado están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En el caso no existe una alternativa terapéutica eficaz siendo la mejor opción la cirugía.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Yo, Sr. /Sra. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **RESECCION DE HEMORROIDE / S**

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según dispone la Ley 68. del 20 de noviembre del 2003. Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Luis Javier Cárdenas y/o la Dra. Hebe Angélica Avilés.

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Panamá a _____ de _____ del _____

TESTIGO	PACIENTE	MEDICO
Sr./Sra. _____	Sr./Sra. _____	Dr./Dra. _____
Firma _____	Firma _____	Firma _____
Ced _____	Ced _____	Ced _____

Denegación o Revocación

Yo, Sr. /Sra. _____. Después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Panamá a _____ de _____ del _____

TESTIGO	PACIENTE	MEDICO
Sr./Sra. _____	Sr./Sra. _____	Dr./Dra. _____
Firma _____	Firma _____	Firma _____
Ced _____	Ced _____	Ced _____