CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FISURA DE ANO

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: ……., nº historia: …… Nombre y apellidos del representante (si procede): ……

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí ☐ No ☐

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: ……

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que la fisura anal es una erosión en la epidermis del canal anal. Mediante esta técnica se va a realizar una sección (corte) del esfínter anal interno con lo que se consigue disminuir la contracción del músculo para que posteriormente cicatrice la fisura.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado.

La intervención requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos informarán los servicios de Anestesia y Hematología.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Con esta intervención se pretende evitar el espasmo del esfínter anal interno, responsable de la fisura, para lo cual se secciona, evitando así su hipertonía, lo que permitirá la cicatrización de la erosión en alrededor el 95% de los casos y desaparición de los síntomas (dolor y/o sangrado).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Existen opciones terapéuticas con cuidados dietéticos e hiqiénicos así como medicamentos analqésicos o inyectados en el esfínter anal. Estos procedimientos curan la fisura en un 70-80% de los pacientes. Pueden también asociarse a recidiva de la fisura después de un período de curación. En los casos de fracaso del tratamiento médico o recurrencia de la fisura el tratamiento definitivo es quirúrqico.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, 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 otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Sanqrado e infección de la herida, edema del ano, reteción aquda de orina, dolor prolonqado en la zona de la operación

Riesgos poco frecuentes y graves: Infección importante del periné, incontinencia a qases e incluso a heces, estenosis de ano, reproducción de la fisura.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

Es necesario, por parte del paciente, advertir de si existen antecedentes de cirugía anal, partos complicados con necesidad de fórceps, posibles alerqias medicamentosas, alteraciones de la coaqulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o aqravar el postoperatorio. Las patoloqías concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la qravedad de riesqos o complicaciones, por lo que, en estos casos, el riesqo quirúrqico qeneral es mayor.

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:

……

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA NTERVENCIÓN?:

……

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FISURA DE ANO

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (CIRUGÍA DE LA FISURA DE ANO) que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA ☐) que:

☐ la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes o de investigación, lo cual no comporta riesgo adicional para mi salud, y que

☐ mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes

- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Dr/a: ……

Firma del paciente

D./Dª: ……

Colegiado nº …….. Fecha:
……

D./Dª: ……, con DNI:……

en calidad de …… a causa de ……. doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: ……

Revocación del consentimiento:

D./Dª: ……con DNI:……

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico

Fecha ……