CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FÍSTULA RECTOURETRAL

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:

……

INFORMACIÓN GENERAL:
Este documento sirve para que usted, o quien le represente, de su consentimiento para esta intervención y pueda llevarse a cabo. En cualquier momento puede retirar dicho consentimiento. De su revocación, no derivará ninguna consecuencia ni acción adversa respecto de la atención médica que precise.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:
El cirujano/a me ha explicado que hay varias maneras de tratar una fistula rectouretral siendo el objetivo curar la fístula. En casos muy 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 que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado. El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.
Puede ser necesario, realizar una preparación previa para limpiar la parte final del intestino mediante la administración de un enema en su domicilio. Dependiendo de las características de la fístula recto-uretral y del paciente pueden usarse diferentes vías de abordaje: perineal, transanal, sacra y abdominal.
En ocasiones, es necesario construir un estoma derivativo fecal y/o urinario para evitar complicaciones infecciosas postoperatorias.

- ☐ **Reparación abdominal**: mediante esta técnica se intenta reparar la fístula desde la cavidad abdominal. Puede ser necesaria la resección de algún órgano o interposición de tejido graso abdominal.
- ☐ **Reparación sacra:** mediante esta técnica se intenta canalizar la fistula y resecar el tejido fistuloso para su puesta a plano mediante una incisión del hueso sacro y apertura de la pared posterior del recto. Posteriormente se reparan los tejidos.
- ☐ **Reparación transperineal:** consiste en localizar el trayecto fistuloso, cerrar el orificio fistuloso, y aplicarle sustancias sellantes biológicas o colgajos que ayuden a su cicatrización.
- ☐ **Reparación transanal:** Consiste en reparar el trayecto desde el ano. Pueden utilizarse técnicas mínimamente invasivas y crear colgajos que ayuden a su cicatrización.
- ☐ **Otros** _____

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:
El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento se pretende eliminar el trayecto y resolver los síntomas (sangrado, dolor, infección, etc.) que produce la fístula.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:
En su caso pensamos que no hay otro procedimiento eficaz para la reparación de la fístula.

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS 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**: Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, inflamación del ano o de la próstata. Dolor prolongado en la zona de la operación. Flebitis
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Infección importante de la zona rectouretral. Incontinencia a gases e incluso a heces. Estenosis de ano. Reproducción de la fístula.

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 (POR SU PATOLOGÍA) Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

……

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA: No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente.

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

……

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 fistula rectouretral)** 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) qu☐
  - **Sí☐ No☐** Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.
  - **Sí☐ No☐** Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.
  - **Sí☐ No☐** Autorizo a que la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes, de investigación o de difusión del conocimiento científico.
  - **Sí☐ No☐** Autorizo 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.
- 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 Firma del paciente
Dr/a: …… 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: ……

Denegación de la intervención / Rechazo del consentimiento:

D./Dª: ……, con DNI: ……
NO AUTORIZO LA INTERVENCIÓN / REVOCO EL CONSENTIMIENTO. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad que padezco/padece el paciente.

Firma del paciente **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 **Firma del representante**

Fecha ……