

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FISURA ANAL**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La fisura anal es una herida a nivel del ano. Con este procedimiento se pretende favorecer su cicatrización y eliminar así el dolor, sangrado y resto de síntomas que produce. A veces la fisura se acompaña de hemorroides o pólipos, y se puede intentar solucionar todos esos problemas en la misma operación.

Las posibles técnicas de reparación incluyen realizar una dilatación del esfínter anal, seccionar (cortar) una parte del mismo o reseca la propia fisura. También pueden realizarse otros tratamientos, como la inyección de agentes que relajan el músculo anal (toxina botulínica) o producen lesión de terminaciones nerviosas y destrucción química de parte del esfínter interno (medicamentos esclerosantes).

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que hacer modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

En casos seleccionados, esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía. A veces, previo consentimiento del paciente, el tratamiento puede llevarse a cabo bajo anestesia local en la consulta de cirugía el mismo día de la primera visita médica y ser repetido, en caso necesario, hasta la resolución total de la sintomatología.

El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos informará el anestesiólogo.

La finalidad de la técnica es resolver los síntomas (sangrado, dolor, etc.) y permitir que cicatrice la fisura de ano.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida.
- Retención aguda de orina.
- Edema del ano.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- En caso de inyecciones de toxina botulínica es frecuente la aparición de incontinencia, pero se trata de un problema temporal que desaparece en pocos meses.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Infección importante del ano y periné.
- Incontinencia a gases e incluso a heces.
- Estenosis de ano.
- Reproducción de la fisura anal.

- Reacción alérgica a las sustancias inyectadas.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### **RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

..... puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### **CONTRAINDICACIONES**

No tiene.

### **ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

No tiene.

### **AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FISURA ANAL”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
*Servicio de Cirugía General  
y Digestiva*

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Fdo. Paciente:       | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº:       |

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: