

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FÍSTULA PERIANAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La fístula perianal es una comunicación anormal entre el canal anal y la piel que rodea el ano.

Mediante esta cirugía se pretende eliminar el trayecto anómalo y resolver los síntomas que produce (sangrado, dolor, infección, etc.).

El procedimiento quirúrgico depende de la complejidad de la fístula y el especialista indicará el más oportuno en cada caso individual: extirpación total o parcial de la lesión, abertura de la fístula a través de una incisión para que sane como si fuera una herida plana normal, colocación de un hilo o goma a través del propio trayecto fistuloso o inyección de pegamento u otra sustancia que ayude a cerrarlo.

En la mayoría de fístulas perianales complejas en pacientes adultos con enfermedad de Crohn luminal inactiva o leve que no mejoran con tratamiento habitual, es posible inyectar Darvadtrocel (medicamento que contiene células madre), previo acondicionamiento de la fístula.

En fístulas complejas comunicadas con otros órganos es necesario asegurar el cierre de los diferentes orificios. Puede ser necesario realizar varias intervenciones para minimizar el daño sobre el esfínter y así evitar el riesgo de incontinencia (pérdida involuntaria de heces). En ocasiones es preciso realizar la reparación de los esfínteres del ano o la colocación de injertos, siendo excepcional la necesidad de construir un ano artificial.

Cabe la posibilidad de que los hallazgos intraoperatorios obliguen a realizar modificaciones del procedimiento previsto en un principio.

Suele ser necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

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.

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

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.
- Inflamación del ano.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Flebitis (inflamación de las venas).

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 fístula.
- Absceso anal.
- Necesidad de llevar un ano artificial o pañales de por vida.
- Reacción alérgica o de intolerancia a los medicamentos utilizados en el procedimiento.
- 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 hipoestésias (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 "CIRUGÍA DE LA FÍSTULA PERIANAL"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



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*

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.

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

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: