

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA ANAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La incontinencia anal es la pérdida de la función normal del esfínter del ano, por lo que se produce un escape parcial o total de gases y heces de forma involuntaria.

La intervención para solucionar la incontinencia depende de la causa que la produzca, de manera que si es por una lesión aislada del esfínter del ano, se realizará una reparación del mismo para intentar conseguir su funcionalidad; pero si la lesión es más compleja, se necesita reparar además otros músculos que rodean al ano. En lesiones nerviosas, a veces hay que realizar transposiciones musculares o, excepcionalmente, utilizar un esfínter anal artificial.

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

Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

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

La finalidad es recuperar de forma total o parcial la correcta función del esfínter anal.

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 tejidos próximos.
- Persistencia de la incontinencia a gases e incluso a heces.
- Estenosis de ano.
- Dificultad para defecar.
- Reproducción de la fístula.
- Necesidad de llevar un ano artificial o pañales de por vida.
- 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

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamiento conservador mediante rehabilitación y ejercicios anales.
- Métodos mecánicos.

Si no son efectivos o si existen alteraciones anatómicas anorrectales, la cirugía es el único procedimiento eficaz para recuperar la continencia anal.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA ANAL"

Yo, D./Dª _____, 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./Dª _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 _____

| | |
|--------------------------------|----------------|
| 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: