

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIÓN DE AGENTES AUMENTADORES DE VOLUMEN PARA LA INCONTINENCIA FECAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La incontinencia fecal es la incapacidad de retener las heces hasta que la persona llega al baño. Su causa se debe al deterioro o debilidad de los músculos que rodean el ano, debido a lesiones durante el parto o a cirugías para tratar enfermedades anales como hemorroides y fístulas.

El procedimiento consiste en la inyección de sustancias artificiales como grasa, ácido hialurónico, ácido poligláctico, etc., el uso de implantes artificiales u otros procedimientos quirúrgicos que transfieren la grasa del organismo (colgajos) en o cerca del músculo del esfínter anal interno, con objeto de aumentar su volumen para que el ano se cierre mejor.

Puesto que parte de los agentes pierden su volumen durante cierto tiempo, su cirujano puede inyectar más de lo necesario para alcanzar el resultado final deseado. Durante unas semanas, la cantidad de agente transferida disminuye en un porcentaje variable. A veces se necesita transferir más grasa para mantener los resultados deseados.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia más adecuado en su caso.

La finalidad del procedimiento es curar o mejorar la incontinencia anal que padece.

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:

- Sangrado durante o después de este procedimiento.
- Seroma: aunque es poco frecuente, puede aparecer una colección de líquido en el sitio en donde la grasa fue quitada.
- Infección.
- Firmeza, quistes, malestar o dolor.
- Resultados no deseados como deformidades, pérdida de función, apertura de heridas, necrosis cutánea o pérdida de sensibilidad.
- Necesidad de cirugía adicional: la mayoría de las veces, puede no ser posible alcanzar resultados óptimos con un solo procedimiento.

Riesgos poco frecuentes:

- Efectos a largo plazo: cambios en la forma o el aspecto del área donde la grasa fue quitada o transferido el agente, pueden ocurrir como resultado del envejecimiento, la pérdida o el aumento de peso, u otras circunstancias no relacionadas con el procedimiento de la transferencia.
- Dolor crónico después de la transferencia (muy raro).
- Pérdida de piel y tejido próximo que puede dejar cicatrices y desfiguración.

- Daños a estructuras profundas como nervios, vasos sanguíneos o músculos durante el curso de este procedimiento. Las lesiones pueden ser temporales o permanentes.
- Reacciones alérgicas a los agentes o fármacos empleados.
- Embolia grasa: paso de gotitas de grasa a la circulación sanguínea que de forma muy excepcional puede producir un fallo respiratorio agudo, meningitis, ceguera, etc.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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:

- Colostomía: procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma), hecha en la pared abdominal.

AUTORIZACIÓN PARA “INYECCIÓN DE AGENTES AUMENTADORES DE VOLUMEN PARA LA INCONTINENCIA FECAL”

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.

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: