Clínica Antofagasta

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: ……. APELLIDOS: …….

…… EDAD: ……..

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):……

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: FÍSTULA ANORRECTAL

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.
Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.
Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Una fístula anal es una comunicación anormal entre el canal anal y la piel perianal (alrededor del ano), siendo más o menos compleja dependiendo de su trayecto y del compromiso del músculo del esfínter anal.
Este procedimiento pretende eliminar el trayecto por el que se contaminan los tejidos perianales (alrededor del ano) en los que se producen los abscesos (acúmulos de pus).

CÓMO SE REALIZA

Hay varios procedimientos para el tratamiento de la fístula anal, dependiendo del compromiso que haya del músculo del esfínter anal:

- Canalizar la fístula y abrirla.
- Canalizar la fístula y colocar un hilo de goma (instalación de setón o sedal).
- Canalizar la fístula y tratar el orificio interno de ésta y extirpar el trayecto de la fístula (LIFT, avance mucoso, entre otros)

Puede ser necesario reparar con injertos. En fístulas complicadas donde la fístula comunica con otros órganos, puede ser necesario reparar ambos orificios. Es excepcional la necesidad de realizar un ano artificial.
Este procedimiento se hace bajo anestesia. El anestesista estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La operación dejará una herida de tamaño y profundidad variables según la técnica que se emplee. Esta tendrá que ser manjada estrictamente con las inidcaciones que se le entregarán hasta que cicatrice. Esta cicatrización puede tardar semanas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Desaparecerá la expulsión de pus por el ano, por lo que usted notará mejoría del dolor y las molestias que tenía. Se evitará la aparición de nuevos abscesos (acúmulos de pus).

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- LOS MÁS FRECUENTES:
  - Suelen ser poco graves.
  - Infección de la herida.
  - Sangrado de la herida.
  - Retención aguda de orina.
  - Inflamación de las paredes de las venas (Flebitis).
  - Aumento del número de deposiciones.
  - Dolor prolongado en la zona de la operación.

- LOS MÁS GRAVES:
  - Infección importante del ano y periné con formación de absceso. El periné es la zona anatómica situada en los alrededores del ano y genitales.
  - Incontinencia a gases e incluso a heces (puede ser transitorio o permanente).
  - Estrechez del ano (estenosis).
  - Reproducción de la fístula.

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 conocido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

Clínica Antofagasta Bupa

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ……., autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.
RUT…… FIRMA……..

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional…….

RUT…… FIRMA……

Fecha de obtención del consentimiento informado……

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ……., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante lega

RUT…… FIRMA……
Fecha…….

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ……., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal
RUT…… FIRMA……
Fecha……