

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

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

RUT ..... EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas) .....

---

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN CIRUGÍA DE LA ESTENOSIS ANAL (ESTRECHEZ DEL AÑO):

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé 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

El cirujano/a me ha explicado que la estenosis del ano es una estrechez que puede estar producida por alteración de la piel o de los músculos de la zona.

Esta intervención sirve para intentar eliminar la causa de la estrechez en el ano, desapareciendo así los síntomas, como molestias locales y estreñimiento.

##### CÓMO SE REALIZA

Las posibles reparaciones incluyen dilatación del ano, sección parcial de los esfínteres (músculos del ano), procedimientos especiales denominados colgajos, en los que se desplaza un trozo de piel de un lado a otro, o un injerto anal.

Excepcionalmente en la reparación es necesario la construcción de un estoma (orificio en el abdomen a través del cual desemboca el intestino), que en la mayor parte de los casos es temporal y posteriormente se cierra.

En ocasiones es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

Es posible que haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico por los hallazgos durante la operación.

El procedimiento requiere anestesia, ya sea general o locorregional, de cuya elección y riesgos le informará el Anestesista.

Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. De todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

##### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La intención es eliminar la estrechez del ano, con lo cual mejorará su dificultad para defecar.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mejoría de los síntomas.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En determinadas ocasiones se pueden hacer dilataciones repetidas del ano, que no son del todo eficaces. En su caso pensamos que como la estenosis es importante, esta intervención es la mejor alternativa terapéutica.

### 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 o sangrado de la herida
- Retención aguda de la orina
- Inflamación de las venas donde se ponen los sueros (flebitis)
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

#### • LOS MÁS GRAVES:

Apertura de la herida operatoria

- Alteración de la sutura de los extremos del intestino por problemas de cicatrización (fístula)
- Sangrado o infección dentro del abdomen, o alrededor del ano
- Obstrucción intestinal
- Infección importante del ano y periné
- Incontinencia a gases e incluso a heces
- Persistencia o reproducción de la estenosis

Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc). Pero algunas veces pueden obligarnos a tener que reintervenirlo, generalmente de urgencia. Excepcionalmente, estos problemas pudieran producirle la muerte.

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 asumido 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.

### OTRAS SITUACIONES PARA LAS 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 para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso

**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**

Apellidos y nombre 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 legal

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.....