



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE FISURA ANAL

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: ....., nº historia: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar:  Sí  No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

## INFORMACIÓN GENERAL:

Este documento sirve para que usted, o quien le represente, de su consentimiento para esta intervención y pueda llevarse a cabo. En cualquier momento puede retirar dicho consentimiento. De su revocación, no derivará ninguna consecuencia ni acción adversa respecto de la atención médica que precise.

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La fisura anal es una herida en el ano habitualmente desencadenada por estreñimiento y que se cronifica por una contractura (hipertonía) del esfínter anal; también puede haber otras lesiones que se asemejen, como infecciones o tumores. Puede concurrir simultáneamente con otras enfermedades como la enfermedad inflamatoria intestinal. Estas intervenciones, tienen por objetivo que el esfínter anal esté más relajado y permita así la cicatrización de la fisura. Los diferentes procedimientos que pueden realizarse son:

- Sección parcial del esfínter anal interno
- Inyección de toxina botulínica (bótox) en el esfínter anal. (Parálisis temporal del esfínter).
- Otros ( fisurectomía, flap avance...)

En la mayoría de casos, esta cirugía puede realizarse en régimen de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), siendo posible ser dado de alta el mismo día de la cirugía. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos y modalidad, será informado por el anestesiólogo; es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Mediante esta técnica se conseguirá reducir la contractura (relajar) el músculo del esfínter, aliviar los síntomas y, permitir la cicatrización de la fisura.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El tratamiento tópico y los laxantes permiten la cura de la fisura en la mayoría de los casos, la inyección de toxina botulínica sería una opción intermedia a la cirugía cuando el tratamiento tópico no es efectivo o cuando la cirugía está contraindicada. En caso de no recibir el tratamiento, el dolor puede persistir en el tiempo y/o hacer que la cicatrización de la fisura sea lenta o que no se cicatrice.

## RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** dolor, sangrado, infección o absceso, retención aguda de orina, reacción alérgica leve, enrojecimiento en la zona de punción, retraso en la cicatrización, sangrado.
- **Riesgos menos frecuentes y más graves:** persistencia de la fisura y el dolor, incontinencia fecal, lesión del esfínter externo, shock anafiláctico, inyección intravascular, botulismo.

Estas complicaciones pueden llegar a requerir hospitalización, una reintervención y, excepcionalmente, puede producirse la muerte.

## RIESGOS PERSONALIZADOS (POR SU PATOLOGÍA) Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

.....  
.....

## CONSIDERACIONES ESPECIALES:

En general no existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y su situación clínica componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente y que pueden hacer desaconsejable el procedimiento.

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:  
.....  
.....

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE FISURA ANAL



## HOJA DE DECLARACIONES Y FIRMAS:

D./D<sup>a</sup>: ..... con DNI: .....

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento que se me va a realizar en relación a **FISURA ANAL**, así como de sus riesgos y complicaciones. Por ello tomo consciente y libremente la decisión de autorizarla.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA ) qu 
  - **Sí**  **No**  Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.
  - **Sí**  **No**  Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.
  - **Sí**  **No**  Autorizo a que la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes, de investigación o de difusión del conocimiento científico.
  - **Sí**  **No**  Autorizo que mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Dr/a: .....

Colegiado nº .....

Fecha: .....

Firma del paciente

D./D<sup>a</sup>: .....

D./D<sup>a</sup>: .....

con DNI: .....

en calidad de ..... a causa de ..... doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: .....

## Denegación de la intervención / Rechazo del consentimiento:

D./D<sup>a</sup>: ....., con DNI: .....

NO AUTORIZO LA INTERVENCIÓN / REVOCO EL CONSENTIMIENTO. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad que padezco/padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha .....



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE FISURA ANAL

**Revocación del consentimiento:**

D./D<sup>a</sup>: ....., con DNI: .....

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

**Firma del paciente**

**Firma del representante**

Fecha .....