

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE ESFÍNTER ANAL (ESFINTEROPLASTIA O ESFINTERORRAFIA)



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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE ESFÍNTER ANAL (ESFINTEROPLASTIA O ESFINTERORRAFIA)

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:

INFORMACION GENERAL:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla, pero firmarlo no le obliga a someterse a ella. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo/revocación no se derivará ninguna consecuencia adversa en 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.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La incontinencia anal es la pérdida del control de la función defecatoria normal, en algunos casos por rotura de los esfínteres anales, produciéndose un escape parcial o total de gases y heces de forma involuntaria.

El cirujano/a me ha explicado que, la intervención para solucionar mi incontinencia dependerá de la causa que la produce. Si es por una lesión del esfínter se realizará una reparación de este, para intentar recobrar su funcionalidad. Este procedimiento consiste en volver a unir los músculos anales, separados o rotos, para recuperar la capacidad del ano de retener las heces y los gases. A veces, la lesión es más compleja y se necesita reparar además otros músculos que rodean al ano. En lesiones nerviosas en ocasiones hay que realizar transposiciones musculares con o sin estimulación, o utilizar un esfínter anal artificial. El objetivo final, será crear un mecanismo que actúe impidiendo el escape de heces y gases por el ano. Excepcionalmente, si el tratamiento no es efectivo, es necesario la construcción de un ano artificial (estoma) localizado en el abdomen, en una bolsa colectora adherida a la piel que puede ser provisional o definitiva.

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

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 será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende solucionar la incontinencia o disminuir mis molestias, recuperando total o parcialmente la continencia.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:

Se puede realizar un tratamiento mediante la reeducación, intentando la rehabilitación del aparato esfinteriano mediante ejercicios anales o la utilización de métodos mecánicos, pero si ésta no es efectiva o si existen alteraciones anatómicas anorrectales, la cirugía es el procedimiento más recomendable y eficaz para conseguir la recuperación parcial o completa de la continencia anal.....

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO:

Cualquier actuación médica conlleva riesgos. La mayor parte de las veces 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 los conozca.

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: Infección, sangrado, apertura de la herida, flebitis, retención aguda de orina, inflamación del ano, dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves: Infección importante del ano y tejidos próximos, estenosis del ano y dificultad para defecar, persistencia o reproducción de la incontinencia, fallo en los puntos de sutura, rechazo del material protésico que se haya insertado y que puede obligar a la retirada del mismo. Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se estén administrando. Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles, aunque se tomen medidas preventivas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE ESFÍNTER ANAL (ESFINTEROPLASTIA O ESFINTERORRAFIA)



Riesgos derivados de sus problemas de salud: Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-respiratorias, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Las patologías concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia...) pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que, en estos casos, el riesgo quirúrgico general es mayor.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

.....

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:

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

.....

Declaraciones y firmas:

(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, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

D./D^a:

con DNI:

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (**REPARACIÓN DE ESFÍNTER ANAL (ESFINTEROPLASTIA O ESFINTERORRAFIA)**) que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- 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.
- 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.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud. Por lo tanto autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA) que:
 - **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.
- 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

Firma del paciente

Dr/a:

D./D^a:

Colegiado nº

Fecha:

D./D^a:

con DNI:

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

Firma del representante

Fecha:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE ESFÍNTER ANAL
(ESFINTEROPLASTIA O ESFINTERORRAFIA)**



Denegación del consentimiento/rechazo de la intervención:

D./D^a:

con DNI:

NO AUTORIZO la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad del paciente y/o para su vida.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha

Revocación del consentimiento:

D./D^a:

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