

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL ABSCESO DE ANO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente nº historia
 Nombre y apellidos del representante legal o persona que autoriza
 Nombre y apellidos del médico
 Fecha del Consentimiento

Pegatina de Identificación

SOLICITUD DEL DERECHO A LA INFORMACION

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar SI NO
 Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a :

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El Drenaje del Absceso Ano rectal es una Cirugía de urgencia y ambulatoria que persigue el drenaje de pus del absceso (infección) mediante un procedimiento quirúrgico que consiste en el Drenaje (vaciar) y Aseo quirúrgico del Absceso mediante un destechamiento (abrir la piel sobre él) de éste y eventualmente la resección (sacar) de la cripta (lugar del recto) enferma que origina la infección. Si se identifica fístula subyacente se puede proceder, en ocasiones, a su tratamiento o aplicación de sedal de drenaje. A través de esta cirugía se busca evitar las complicaciones de la infección ano rectal no tratada como son la gangrena del periné (infección grave). En condiciones normales, es probable que durante el período postoperatorio el paciente presente secreción purulenta y hemática de la zona operatoria de drenaje más significativa reducción del dolor preoperatorio. Siendo poco frecuente, puede ocurrir que se presente persistencia de la sintomatología por un drenaje insuficiente lo que requiere una nueva revisión quirúrgica. El tiempo estimado de cirugía es de 30 minutos variando según cada caso. Se requiere del uso de anestesia, la que será determinada por el médico anestesista atendida las características, beneficios y riesgos para el paciente. Durante la intervención se tomarán biopsias (muestra de los tejidos para su examen) y cultivos en caso que lo estime necesario el cirujano. El tiempo de duración del postoperatorio y la hospitalización dependerá de las características particulares de cada paciente, pudiendo variar, estimándose entre 12 y 48 hrs. Es importante tener presente que los pacientes con enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes) o cardiovasculares tienen un mayor riesgo quirúrgico, en especial, los pacientes con cirrosis hepática, obesidad mórbida o SIDA. Es también importante que usted sepa que en ocasiones, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados (derivados de la sangre). Eventualmente podría ser necesario trasladarlo a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la clínica o a otro centro hospitalario..

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento se pretende eliminar la infección y resolver los síntomas (sangrado, dolor, supuración, etc) que produce la fístula.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que no hay otro procedimiento eficaz para la reparación de la fístula de ano.

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS 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: Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, inflamación del ano. Dolor prolongado en la zona de la operación. Flebitis



Riesgos poco frecuentes y graves: Infección importante del ano y periné. Incontinencia a gases e incluso a heces. Estenosis de ano. Reproducción del absceso..

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

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 PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGIA

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACION EN RELACION CON LA INTERVENCION?

CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado y el cirujano/a me ha permitido realizar todas las preguntas y observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y por ello DOY mi consentimiento para esta intervención quirúrgica.

Este consentimiento puede ser modificado por mi parte en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MÉDICO

D. _____

Dr. _____

En caso de incapacidad del paciente o ser éste menor de edad da el consentimiento el tutor o familiar D. _____ DNI

_____ Grado de parentesco _____

FIRMA DEL TUTOR

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He comprendido todo lo anterior perfectamente y a pesar ello NO DOY mi consentimiento para esta intervención quirúrgica. Este consentimiento puede ser modificado por mi parte en cualquier momento.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MÉDICO

D. _____

Dr. _____