

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

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.
Con este procedimiento quirúrgico se pretende seccionar (cortar) una parte del esfínter anal o realizar una dilatación del mismo, para que posteriormente cicatrice la fisura.

Características

Mediante esta cirugía se canalizará el trayecto de la fístula y se tratará mediante su sección y puesta a plano, la extirpación de la misma.
El médico me ha advertido que puede ser necesario realizar la reparación de los esfínteres, y que en fístulas complejas comunicadas con otros órganos excepcionalmente puede ser necesaria una colostomía.
Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios, tales como la resección a otros órganos y/o modificaciones del procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
Durante la intervención, de acuerdo a los hallazgos, se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen).

Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables:

- Sangrado e infección de la herida quirúrgica.
- Retención aguda de orina.
- Inflamación del ano.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Infección importante del ano y periné.
- Incontinencia a gases e incluso a heces.
- Estenosis del ano.
- Reproducción de la fístula.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención.
Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia y que por mi situación vital actual (diabetes, hipertensión, etc.) que puedan aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones. El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento.
Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse Procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.
Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.
También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA FÍSTULA ANAL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal