

## **CIRUGÍA DEL SINUS PILONIDAL**

### **Identificación y descripción del procedimiento**

Mediante este procedimiento, se realiza una extirpación del quiste y todos sus trayectos fistulosos. Posteriormente se cerrará o se dejará abierta para curas posteriores según el estado en que se encuentre, con la intención de disminuir el riesgo de infecciones.

Puede ocurrir que durante la intervención se identifiquen otros hallazgos que obliguen a realizar modificaciones.

La intervención requiere anestesia. Raramente, durante o después de la intervención es necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de estos riesgos se les informará en el servicio de anestesia y hepatología

### **Objetivos del procedimiento i beneficios que se esperan**

El objetivo de la intervención es la extirpación del sinus. La extirpación del sinus produce la eliminación de los síntomas, así como posibles complicaciones.

### **Alternativas razonables al procedimiento**

No existen alternativas al procedimiento.

### **Consecuencias previsibles a su realización**

La curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce.

### **Consecuencias previsibles de la no realización**

La no realización de la intervención puede tener el riesgo de la progresión de la enfermedad e incluye la posibilidad de una intervención urgente, en peores condiciones del paciente y por tanto un mayor riesgo quirúrgico.

### **Riesgos frecuentes**

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 como otros específicos del tratamiento:

- Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, dolor prolongado en la zona de la operación.

### **Riesgos poco frecuentes**

Se pueden producir complicaciones menos frecuentes, que son mas graves como la reproducción del sinus.

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

### **Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente**

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus probables alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencias de prótesis, marcapasos, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia que puedan complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Las enfermedades concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión anemia, edad avanzada...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que en estos casos el riesgo es más grande.

Consentimiento Informado

**DECLARO**

- ✓ Que el Dr/a \_\_\_\_\_ me ha informado que, en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de cirugía del sinus pilonidal.
- ✓ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, \_\_\_\_\_), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_.
- ✓ El médico me ha informado que la realización del procedimiento puede ser filmada con motivos científicos o didácticos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que en mi operación participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ✓ Que el médico me ha informado que el procedimiento requiere anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
- ✓ Que el médico me ha explicado que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
- ✓ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
- ✓ Que he recibido información clara, por escrito y oralmente, sobre qué es, como se hace y para que sirve este procedimiento.
- ✓ Que el médico me ha informado con detalle, de manera clara y comprensible, de los riesgos y de las posibles complicaciones.
- ✓ Que he sido informado que en cualquier momento puedo retractarme y revocar mi consentimiento antes de la práctica del procedimiento.
- ✓ Que he recibido respuestas a todas las preguntas que he formulado.
- ✓ Que he comprendido las explicaciones que me ha dado el médico.
- ✓ Que comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Y, por estas razones, doy mi consentimiento para que se me realice el tratamiento quirúrgico de cirugía del sinus pilonidal.

Firma del paciente<sup>44</sup>

Firma del médico

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

<sup>44</sup>En caso de incapacidad del paciente, firma del tutor legal/familiar, haciendo constar el nombre, apellidos y DNI.