

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIERRE DE ESTOMA A CIELO ABIERTO



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

El cirujano/a me ha explicado que mediante este procedimiento se pretende reconstruir la continuidad del tubo digestivo cerrando el ano artificial. Para ello se realizará una incisión alrededor de éste y si el resto del intestino estaba previamente separado del ano artificial habrá que hacer una incisión abdominal. Una vez expuestos los dos extremos intestinales se unirán mediante sutura. A veces para el cierre del orificio del ano artificial es necesario la colocación de material protésico (malla). En ocasiones 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

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento, se pretende reconstruir la continuidad del tubo digestivo para que pueda defecar por el ano.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Puede quedarse con el ano artificial, pero para cerrar el estoma la única alternativa es la cirugía.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Volverá a defecar de nuevo por el ano natural.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Mantendrá la defecación por el ano artificial. Dependiendo del tipo de estoma puede haber riesgo de alteraciones metabólicas a largo plazo si se mantiene sin cerrar largo tiempo.

RIESGOS FRECUENTES

Riesgos poco graves y frecuentes:

1. Infección o sangrado de la herida.
2. Retención aguda de orina, flebitis, diarrea.
3. Alteraciones de la continencia fecal, que habitualmente ceden tras un período de adaptación.
4. Retraso en la recuperación de la motilidad intestinal que puede requerir tratamiento prolongado con sueros.
5. Dolor prolongado en la zona de la operación.

Riesgos poco frecuentes y graves:

1. Dehiscencia de la laparotomía. (Apertura de la herida).
2. Infección y sangrado intraabdominal.
3. Fístula intestinal por fallo en la cicatrización de la sutura.
4. Obstrucción intestinal.

Estas complicaciones habitualmente no se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) y pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIERRE DE ESTOMA A CIELO ABIERTO

RIESGOS EN FUNCION DE LA
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIERRE DE ESTOMA A CIELO ABIERTO**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIERRE DE ESTOMA A CIELO ABIERTO**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO

.....
FIRMA Y SELLO MÉDICO