

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## POLIPECTOMIA DE COLON O RECTO



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO 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 me va a extirpar un pólipo localizado en el colon o recto, no subsidiario de tratamiento endoscópico para su completo estudio histológico. Si el pólipo está localizado en el colon será necesario realizar una apertura de esta parte del intestino para reseca la lesión y posteriormente suturarlo. En algunos casos puede ser necesario reseca un segmento del intestino grueso. En caso de que se encuentre localizado en el recto puede abordarse por el ano, si la localización es muy baja, o por vía posterior realizándose entonces una apertura del recto y su posterior cierre mediante sutura. El estudio anatomopatológico intra o postoperatorio puede recomendar una ampliación de la resección o la realización de un ano artificial que en la mayoría de los casos es temporal. 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.

### **OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

Se pretende extirpar el pólipo evitando su crecimiento y posible degeneración maligna.

### **ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad.

### **RIESGOS FRECUENTES**

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica:  
1. Infección o sangrado de la herida. 2. Retención aguda de orina. 3. Flebitis. 4. Dolor prolongado en la zona de la operación.

### **RIESGOS POCO FRECUENTES**

Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves:  
1. Dehiscencia de la laparotomía. (Apertura de la herida). 2. Fístula de la anastomosis por fallo en la cicatrización que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa una reintervención con la realización de un ano artificial.  
3. Sangrado o infección intraabdominal. 4. Obstrucción intestinal. 5. Alteración de la continencia a gases e incluso a heces. 6. Reproducción de la enfermedad.  
Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.

### **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.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## POLIPECTOMIA DE COLON O RECTO

**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 **POLIPECTOMIA**

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 PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **POLIPECTOMIA**

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