

# CONSENTIMIENTO INFORMADO COLECTOMIA



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.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	La técnica consiste en la extirpación del intestino grueso y parte del recto. Posteriormente si es posible se reconstruye la continuidad del intestino realizando un neo-recto con una parte del intestino delgado. En la mayoría de los casos se realiza una ileostomía de descarga, que es un ano artificial en el abdomen de forma temporal que se cierra posteriormente mediante una nueva intervención quirúrgica. En ocasiones se necesita ampliar la resección a otros órganos. Cuando no sea posible reconstruir el recto se dejará un ano definitivo abdominal. Cabe la posibilidad que durante la cirugía, por los hallazgos intra-operatorios se deba realizar modificaciones del procedimiento para proporcionar un tratamiento mas adecuado.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	Mediante este procedimiento se pretende extirpar el intestino enfermo previniendo las complicaciones del mismo (perforación, sangrado, infección, fístula, obstrucción,...) que precisarían cirugía urgente.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	No existe alternativa eficaz de tratamiento
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	Si se realiza colostomía temporal o definitiva se necesitará el uso de bolsas colectoras. Si se mantiene la continuidad intestinal se alterará el ritmo y las características de las deposiciones.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>	Habrà persistencia de los síntomas actuales o aparición de nuevos. Habrà posibilidades de presentar complicaciones y requerir una cirugía de urgencia.
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	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: Infección o sangrado de la herida, flebitis, retención aguda de orina, diarrea, irritación de la piel alrededor del órgano artificial, dolor prolongado en la zona de operación.
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: <i>Apertura de herida, fístula (escape de líquido del conducto digestivo), alteración de la cicatrización del intestino que puede requerir otra intervención quirúrgica, sangrado e infección intraabdominal, obstrucción intestinal, disfunciones sexuales que pueden suponer impotencia, alteración de la continencia de gases o de heces, inflamación del reservorio, progresión de enfermedad.</i> Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un mínimo riesgo de mortalidad.
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	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 COLECTOMIA

**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 **COLECTOMIA**

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 **COLECTOMIA**

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