

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: RESECCIÓN DE NEOPLASIA RECTAL POR VÍA ENDOANAL (EXTIRPACIÓN DE TUMORACIÓN EN RECTO A TRAVÉS DEL ANO)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en quitar un tumor de la parte final del intestino grueso (recto) a través del ano.

CÓMO SE REALIZA

Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino grueso.

Se dilata el ano con un instrumento (dilatador) para poder llegar al recto. Una vez allí se extirpa el tumor.

A veces, el análisis inmediato del tumor (biopsia intraoperatoria) o la imposibilidad de quitarlo totalmente, obligan a abrir el abdomen mediante una incisión. Puede llegar a ser necesario cortar parte del recto. Si no es posible volver a unir los dos extremos del intestino habría que hacer un ano artificial en la pared del abdomen (colostomía). Este puede ser temporal o definitivo, según el caso. Si es necesario extirpar el ano, la colostomía será siempre definitiva.

También puede ser necesario extirpar otros órganos.

En cada caso se buscará la técnica más adecuada. A veces, durante la intervención se producen hallazgos imprevistos. Esto puede obligar a realizar modificaciones en la técnica que inicialmente se había pensado. Podremos así proporcionarle el mejor tratamiento para su caso.

Más adelante, pasado un tiempo, después del estudio definitivo del tumor puede ser necesaria una nueva operación para volver a completar la extirpación, si queremos tener mayor seguridad en los resultados.

El procedimiento requiere anestesia general, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Para todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Dependen del tipo de intervención que finalmente se haga. La extirpación simple del tumor a través del ano puede producirle molestias transitorias al defecar. Si la intervención es más complicada puede requerir, como ya se ha dicho, la creación de un ano artificial (colostomía) temporal o definitivo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Al quitar el tumor disminuirán o desaparecerán los síntomas que le produce, como dolor o sangrado. Además evitaremos que se extienda la enfermedad.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Pueden existir tratamientos locales para algunos tumores parecidos al suyo. Pero en su caso consideramos que la cirugía es el mejor tratamiento posible.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc). Pero algunas veces pueden obligarnos a tener que reintervenirlo, generalmente de urgencia. Es excepcional, pero no imposible, que estos problemas pudieran producirle la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves.

- Infección o sangrado de la herida de la operación.
- Retraso de la cicatrización.
- Inflamación de las venas por donde se ponen los sueros (flebitis).
- Aumento del número de deposiciones

• LOS MÁS GRAVES:

- Apertura de la herida operatoria (Dehiscencia).
- Defecto de cierre de la sutura del intestino (Fístula), que puede hacer necesaria la creación de un ano artificial (colostomía).
- Sangrado o infección intraabdominal.
- Obstrucción intestinal.
- Disfunciones sexuales que pueden suponer impotencia.
- Alteración de la continencia a gases e incluso a heces.
- Reproducción de la enfermedad.

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.
- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos), no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos)....., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....