CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ESTOMA DERIVATIVO

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: …….. nº historia: ……

Nombre y apellidos del representante (si procede): ……

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí**☐ **No**☐

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: ……

INFORMACIÓN GENERAL

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla, pero firmarlo no le obliga a someterse a ella. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo/revocación no se derivará ninguna consecuencia adversa en 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.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a ha explicado que, mediante este procedimiento, se pretende abocar el lumen del colon o intestino delgado a la pared abdominal, con objetivo de crear un ano artificial. Para ello, se realizará una incisión en el abdomen a través del cual se extraerá el colon o el intestino delgado. A veces, es necesario acceder a la cavidad abdominal para la correcta identificación del colon o del intestino delgado. Este acceso puede realizarse por distintas vías:

☐ **Abordaje abierto mediante laparotomía:** realizando una incisión en el abdomen de longitud variable

☐ **Abordaje cerrado mediante laparoscopia:** realizando pequeñas incisiones en el abdomen de entre 1-2cm de longitud, e introduciendo gas en el abdomen. La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones, creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. Generalmente se precisa la realización de una incisión de mayor tamaño para extraer el segmento de colon enfermo, conocida como accesoria o de asistencia. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

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 proporcionarle el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia general de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Se le va a crear un ano artificial en el abdomen, para hacer las deposiciones a través del mismo, que puede ser definitivo o provisional.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende derivar las deposiciones para impedir el paso del contenido intestinal a través de la parte distal a la colostomía.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, 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 y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida. Retención aguda de orina. Flebitis. Retraso en la restauración del tránsito intestinal normal, lo que requerirá tratamiento con sueros. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Invaginación, necrosis o prolapso de la ostomía. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

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

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

……

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

……

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ESTOMA DERIVATIVO

Declaraciones y firmas:

D./Dª: …… con DNI: ……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(REALIZACIÓN DE ESTOMA DERIVATIVO)** que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntasquehecreídoconvenienteymehanaclaradotodaslasdudasplanteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud. Por lo tanto autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA ☐) que:
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo a que la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes, de investigación o de difusión del conocimiento científico.
  - **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Dr/a:……

Firma del paciente

D./Dª:……

Colegiado nº …… Fecha**:**

……

D./Dª:……., con DNI:……

en calidad de …… a causa de …… doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha**:** ……

Denegación del consentimiento/rechazo de la intervención:

D./Dª: ……., con DNI: ……

NO AUTORIZO la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad del paciente y/o para su vida.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha ……

Revocación del consentimiento:

D./Dª:……., con DNI:……

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente Firma del representante

Fecha ……