

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN ENDOANAL/TRANSANAL DE TUMORACIÓN RECTAL (TAMIS/TEO/TEM)



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

He sido informado/a que mediante este procedimiento se pretende extirpar a través del ano la tumoración o pólipo que tengo en el recto, por lo que habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

En ocasiones, bien por el estudio intraoperatorio de la pieza quirúrgica o por la imposibilidad de extirpar la tumoración por esta vía es necesario realizar, en la misma operación, una intervención a través de una incisión en el abdomen para extirpar completamente la lesión.

Hay situaciones en las que es necesario seccionar el recto y posteriormente no es posible reconstruir la continuidad del intestino por lo que será necesario realizar un ano artificial temporal o permanente en el abdomen. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos.

El estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica puede aconsejar una posterior reintervención para extirpar la tumoración completamente. La intervención puede hacerse a través de diferentes vías de abordaje, y dependiendo de la patología, las condiciones generales del paciente y otros aspectos tanto técnicos como médicos. La más recomendable en mi caso sería:

- TRANSANAL DIRECTA.** Bajo visión directa se procedera a la extirpación de la lesión con o sin sutura posterior.
- TAMIS:** Mediante la colocación de un dispositivo específico desechable y tras introducir un gas (CO2) distendemos el recto para con los instrumentos laparoscópicos proceder a la resección de la lesión, con sutura o no posterior del defecto.
- TEO/TEM:** Mediante un dispositivo especial y bajo visión directa con un anoscopio rígido se procederá a la extirpación de la lesión con o sin sutura posterior.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

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

## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende realizar una extirpación completa para estudio anatomopatológico de la lesión del recto y evitar las complicaciones de la misma (sangrado, obstrucción...) que precisarían intervención urgente.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que la resección endoanal (ABIERTA/TAMIS/TEO/TEM) de la lesión es la mejor opción, aunque podría realizarse una extirpación total o parcial del recto mediante otros abordajes (laparotomía, laparoscopia...)

## 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 como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- **Riesgos frecuentes y poco graves:** Infección, dolor o sangrado de la herida o de la vía (flebitis), retención aguda de orina. En caso de extirpación parcial del recto: aumento del número de deposiciones. Neumoretroperitoneo secundario a la migración de CO2 en el caso de utilizar TAMIS/TEM/TEO y enfisema subcutáneo.
- **Riesgos graves y poco frecuentes:** Sangrado o infección importante. Alteración de la continencia a gases y/o heces. Reproducción de la enfermedad. Dehiscencia de la sutura rectal (fístula). Estenosis (estrechez) del ano. Obstrucción intestinal. Disfunciones sexuales que pueden suponer impotencia. Sepsis perianal.

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:

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN ENDOANAL/TRANSANAL DE TUMORACIÓN RECTAL (TAMIS/TEO/TEM)



.....  
**CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:**

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

.....

## HOJA DE DECLARACIONES Y FIRMAS:

(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, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

D./Dª:..... con DNI:.....

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (RESECCIÓN ENDOANAL/TRANSANAL DE TUMORACIÓN RECTAL) 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 preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- 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

Firma del paciente

Dr/a:.....

D./Dª:.....

Colegiado nº ..... Fecha:

.....

D./Dª:.....,

con DNI:.....

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

doy mi

Firma del representante

Fecha: .....

**Denegación del consentimiento/rechazo de la intervención:**

D./D<sup>a</sup>: .....

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./D<sup>a</sup>: .....

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 .....