

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POLIPECTOMÍA QUIRÚRGICA DE COLON Y/O RECTO**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Los pólipos del colon y/o del recto son pequeños bultos que crecen en el revestimiento interno del intestino grueso y pueden progresar hasta convertirse en cáncer.

La polipectomía es una técnica quirúrgica dirigida a extirpar los pólipos encontrados en el tubo digestivo y que no es posible quitar por vía endoscópica, para efectuar su estudio histológico completo.

Para resear la lesión se hace una incisión en la pared abdominal y en la parte afectada del intestino, que posteriormente se sutura. En algunos casos puede ser necesario resear un segmento del intestino adyacente. En caso de que se encuentre localizado en la porción más baja del recto, el pólipo puede abordarse por el ano.

Cabe la posibilidad de que los hallazgos anatomopatológicos intra o postoperatorios obliguen a realizar modificaciones del procedimiento previsto en un principio, requiriéndose a veces una ampliación de la resección. Otras veces es necesario realizar un ano artificial en la pared abdominal (estoma), que en la mayoría de los casos es temporal y puede cerrarse más adelante.

En ocasiones hay que realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos informará el anestesiólogo.

La finalidad es extirpar el pólipo para evitar su crecimiento.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida.
- Retención aguda de orina.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Flebitis (inflamación de las venas).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Fístula de la anastomosis (apertura de la sutura del intestino) por fallo en la cicatrización.
- Sangrado o infección intraabdominal.
- Obstrucción intestinal.
- Alteración de la continencia a gases e incluso a heces.
- Reproducción de la enfermedad.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

**Complicaciones de la herida quirúrgica:**

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

**RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

**CONTRAINDICACIONES**

No tiene.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

No tiene.

**AUTORIZACIÓN PARA “POLIPECTOMÍA QUIRÚRGICA DE COLON Y/O RECTO”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª \_\_\_\_\_, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

**ÁREA DE SALUD**  
*Servicio de Cirugía General  
y Digestiva*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,

Fdo. Paciente: