 **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOSTOMIA**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

El cirujano/a me ha explicado que la ostomía es el abocamiento del lumen intestinal a la pared abdominal. Dependiendo del segmento de intestino abocado es el nombre que recibe: ileostomía (intestino delgado), colostomía (colon). Su objetivo es impedir el paso del contenido intestinal a través de la parte distal al sector de ostomía. Dependiendo de la patología que indica la ostomía (cáncer, incontinencia anal, rectitis actínica) es el tiempo que se mantendrá, pudiendo ser temporal o de manera permanente. El procedimiento consiste en abocar el lumen intestinal a la pared abdominal. Se puede realizar con cirugía abierta o laparoscópica. La técnica quirúrgica específica a utilizar en su caso ha sido detalladamente explicada por el cirujano tratante. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

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. Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis, dolor prolongado en la zona de la operación, o poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida), invaginación u ostomía sumergida, sangrado digestivo o de la herida operatoria, infección intraabdominal, obstrucción intestinal, necrosis de la ostomía, prolapso de la ostomía, recurrencia de la enfermedad Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. Se pueden presentar otros tipos de complicaciones dentro del procedimiento quirúrgico como son: lesiones en vías urinarias (riñón, uréteres, vejiga), lesiones en otros segmentos intestinales (estómago, duodeno e intestino delgado), lesiones en grandes vasos sanguíneos (tanto arteriales como venosos), lesiones de órganos sexuales femeninos (vagina, útero o anexos). Estas complicaciones al ser diagnosticadas intraoperatoriamente serán reparadas y si se manifiestan posterior a cirugía pueden ser manejadas medicamente o requerir una reintervención quirúrgica. Para la realización de ésta técnica es necesaria una preparación previa del intestino (limpiar en contenido intestinal de heces). En ocasiones, generalmente de urgencia, puede ser posible su realización sin una preparación completa. El tiempo de la hospitalización dependerá de las características particulares de cada paciente, de su evolución, si presenta o no complicaciones y si requiere de una reintervención quirúrgica. Es también importante que usted sepa que en ocasiones, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados (derivados de la sangre). Eventualmente podría ser necesario trasladar al paciente a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la clínica o a otro centro hospitalario. Independiente del tipo de cirugía realizada y de los cuidados en su postoperatorio siempre existe el riesgo de recidiva o recurrencia de esta enfermedad.

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada......) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_