

Polipectomía de colon o recto

1- Identificación y descripción del procedimiento

Mediante este procedimiento se va a extirpar un pólipo localizado en el colon o recto no subsidiario de tratamiento endoscópico para su completo estudio histológico. Si el pólipo esta localizado en el colon será necesario realizar una apertura de esta parte del intestino para reseca la lesión y posteriormente suturarlo y en caso de que se encuentre localizado en el recto puede abordarse por el ano, si la localización es muy baja, o por vía posterior realizándose entonces una apertura del recto y su posterior cierre mediante sutura. El estudio anatomopatológico intra o postoperatorio puede recomendar una ampliación de la resección o la realización de un ano artificial (colostomía). Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento mas adecuado.

La intervención requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos informaran los servicios Anestesia y de Hematología

2- Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El objetivo del procedimiento e la curación de la afectación de base o, en su caso, la paliación de los síntomas y el aumento de la calidad de vida. Este procedimiento pretende la extirpación de los pólipos evitando su crecimiento y posible degeneración maligna, con afectación a tejidos circundantes o a distancia.

3- Alternativas razonables a dicho procedimiento

No existe una alternativa terapéutica eficaz.

4- Consecuencias previsibles de su realización.

La curación de la enfermedad o la paliación de los síntomas y/o signos.

5- Consecuencias previsibles de la no realización.

La progresión de la enfermedad con deterioro del paciente, incluso en su caso con tendencia hacia la muerte.

6- Riesgo frecuentes.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables.

Son tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

- Infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, retención aguda de orina, dolor prolongado en la zona de la operación.

7- Riesgos poco frecuentes

Existen otros riesgos que aunque son poco frecuentes revisten mayor gravedad:

- Infección o sangrado intrabdominal importante, fistula intestinal por fallo en la cicatrización de la sutura, alteración de la continencia a gases e incluso a heces.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento medico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervencion, generalmente una urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

8- Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente.

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad hipertensión, anemia, edad avanzada,.....), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos asociados a estas enfermedades como la dehiscencia de suturas, las infecciones, los accidentes cerebro-vasculares, la disnea, las embolias, etc.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Don/Doña.....
de.....años, con D.N.I. Nº..... y con domicilio en

Don/Doña.....con D.N.I Nº..... y domicilio en..... en calidad de (representante legar, familiar o allegado de la paciente).....con DNI....., Declaro:

Que el Doctor/a.....me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de Y que ha comprendido adecuadamente la información que me ha dado

En de de

Fdo.: D/Dña..... DNI.....

Fdo.: D/Dña..... Colegiado Nº:.....

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha.....de.....de 2..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En de de

**Fdo.:Médico
Colegiado Nº.....**

Fdo.: Paciente.