



Consentimiento Informado para  
Cierre del Estoma (Colostomía)

## **Consentimiento Informado para Cierre del Estoma (Colostomía)**

## Consentimiento Informado para Cierre Del Estoma (Colostomía)

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para el **CIERRE DEL ESTOMA (COLOSTOMÍA)**.

## INFORMACION

Mediante este procedimiento se pretende la restauración de la continuidad del tubo digestivo con el fin de permitir que pueda defecar normalmente.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

Se me va a restaurar la continuidad del intestino cerrándome el ano artificial. Para ello se realizara una incisión alrededor de este y si el resto del intestino estaba previamente separado del ano artificial habrá que hacer una incisión abdominal. Una vez expuestos los dos extremos intestinales se unirán mediante sutura. El médico me ha advertido que a veces para el cierre del orificio del ano artificial es necesario la colocación de material protésico.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

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.

- **Poco graves y frecuentes:** infección y sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, retención aguda de orina, diarrea, alteraciones de la continencia fecal que habitualmente ceden tras un periodo de adaptación, retraso en la recuperación de la motilidad intestinal, que puede requerir tratamiento prolongado con sueros, dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Poco frecuentes y graves:** infección intrabdominal, fístula intestinal por falla en la cicatrización de la sutura, hemorragia, obstrucción intestinal. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo bajo de mortalidad.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....  
Aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, 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:

.....



El médico me ha explicado que en mi caso no existe ningún otro método para realizar el cierre del ano artificial.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSENTIMIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**CIERRE DEL ESTOMA (COLOSTOMÍA).**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).