



Consentimiento Informado Para  
Cirugía Del Prolapso De Recto

# Consentimiento Informado Para Cirugía Del Prolapso De Recto

Consentimiento Informado – Cirugía Digestiva

## Consentimiento Informado Para Cirugía Del Prolapso De Recto

---

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  
**PROLAPSO DE RECTO.**

## INFORMACION

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, se me va a intentar recolocar el recto en su situación habitual intentando eliminar los síntomas como molestias locales, incontinencia e incluso sangrado. La reparación del prolapso puede hacerse por vía abdominal o a través del ano. Para la reparación del prolapso puede ser necesario la resección intestinal, la fijación del intestino con material protésico (malla) o la sutura de los músculos del recto con extirpación de una porción de la mucosa.

Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para limpiar el intestino.

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

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

El cirujano/a me ha informado que, mediante este procedimiento, se pretende recolocar el recto en su situación habitual, intentando eliminar la sintomatología como molestias locales, incontinencia, secreciones e incluso sangrado

En su caso pensamos que no existe una alternativa terapéutica eficaz para corregir el prolapso de recto. 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, que pueden ser:

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida, retención aguda de orina, flebitis. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Según la técnica utilizada puede producirse: Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida) si se opera por vía abdominal. Sangrado o infección intrabdominal o alrededor del ano. Rechazo del material sintético que obligue a su retirada, fístula intestinal, estenosis e incontinencia a gases e incluso a heces. Pueden producirse alteraciones sexuales llegando incluso a la impotencia. Reproducción del prolapso de recto.

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:**

.....

### **Consecuencias de la cirugía:**

.....

He sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento (Cirugía del prolapso de recto) que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.



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.

**He leído y comprendido** este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

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.

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.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**PROLAPSO DE RECTO.**

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).