

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
RESECCIÓN DE RECTO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Resección de Recto, es una cirugía mayor que habitualmente se realiza de manera programada (en algunos casos de urgencia). Su objetivo es extirpar el recto enfermo, evitando las complicaciones derivadas del mismo (sangrado, perforación, peritonitis, obstrucción, fístulas) que haría necesario una cirugía de urgencia.

El procedimiento consiste en extirpar el recto (parte final del intestino). Dependiendo de la distancia al ano y del compromiso o no del aparato esfinteriano será posible o no suturarlo y restaurar la continuidad del tubo digestivo. En los casos que no se pueda restaurar la continuidad del tubo digestivo es necesario dejar una comunicación del intestino hacia la pared abdominal (colostomía o ileostomía). Incluso en algunos casos que se pueda suturar y mantener la continuidad del tubo digestivo también es necesario dejar esta comunicación para proteger la unión intestinal realizada. En ocasiones puede ser necesario ampliar la extirpación a otros órganos.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias,

insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Infección de la herida,
- Sangrado de la herida
- Retención aguda de orina
- Flebitis
- Aumento del número de deposiciones
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves:

- Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida)
- Fístula de la anastomosis
- sangrado digestivo
- Infección intrabdominal (coleciones, peritonitis)
- Obstrucción intestinal
- Alteraciones del área sexual incluso impotencia
- Alteración en la micción y alteración de la continencia anal a gases incluso heces.

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.

También 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 en órganos sexuales femeninos. Estas complicaciones al ser diagnosticadas intraoperatoriamente serán reparadas y si se manifiestan posterior a cirugía pueden ser manejadas medicamente o requerir un reintervención quirúrgica.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

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.

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

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.

Independiente del tipo de cirugía realizada y de los cuidados en su postoperatorio siempre existe el riesgo de recidiva o recurrencia de esta enfermedad.

Es importante tener presente que los pacientes mayores de 60 años, obesidad, portadores de HIV, Enfermedad de Crohn, Cirrosis Hepática o Diabetes Mellitus tienen un mayor riesgo quirúrgico. Sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico.

Eventualmente podría ser necesario trasladar al paciente a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la Clínica o a otro centro hospitalario.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **la Cirugía para Resección de Recto** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA PARA RESECCIÓN DE RECTO, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)