CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE RECTOCELE

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: …….. nº historia: ……

Nombre y apellidos del representante (si procede): ……

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí☐ No☐**

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: ……

INFORMACION GENERAL:

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla, pero firmarlo no le obliga a someterse a ella. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo/revocación no se derivará ninguna consecuencia adversa en la calidad del resto de la atención recibida.

Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que el rectocele es una patología que ocurre cuando se debilita la pared delgada de tejido que separa el recto de la vagina. Cuando esto ocurre, los tejidos o las estructuras que se encuentran justo detrás de la pared vaginal —en este caso, el recto— pueden herniarse hacia la vagina. El parto y otros procesos que ejercen presión sobre los tejidos pélvicos pueden provocarlo. La reparación del rectocele se puede llevar a cabo a través del recto, a través de la vagina o a través del periné, o incluso mediante un abordaje transabdominal abierto, laparoscópico o robótico (generalmente cuando se asocia a otros problemas del suelo pélvico).

- ☐ **Reparación transanal: se accede a la zona defectuosa del recto a través del ano y se repara** mediante suturas (puntos) de refuerzo en la zona débil del tabique entre el recto y la vagina. Otra opción sería la utilización de una grapadora que se introduce a través del ano y extirpa el tejido que prolapsa hacia la vagina (STARR-TRANSTARR).
- ☐ **Reparación transvaginal: se accede a la zona defectuosa del recto a través de la cara posterior de la vagina y se repara** mediante sutura plicando la zona defectuosa de la pared entre el recto y la vagina (colporrafia posterior) o colocando de una malla en este tabique para sostener y reforzar el defecto. Hay diferentes tipos de mallas que se pueden colocar en esta zona, el cirujano decidirá en función de sus preferencias y disponibilidad en el hospital.
- ☐ **Reparación transperineal:** se realiza la reparación de la zona defectuosa del recto a través de una incisión realizada en el periné, entre la vagina y el recto, accediendo a la pared que comparten estos órganos. Se puede colocar una malla en este tabique para sostener y reforzar el defecto. Hay diferentes tipos de mallas que se pueden colocar en esta zona, el cirujano decidirá en función de sus preferencias y disponibilidad en el hospital.
- ☐ **Abordaje abierto mediante laparotomía:** realizando una incisión en el abdomen de longitud variable, separando el recto de la vagina y colocando una malla entre el recto y la vagina que se fija al sacro con puntos o Tackers .
- ☐ **Abordaje cerrado mediante laparoscopia:** La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones, creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. Después se separa el recto de la vagina y se coloca una malla entre el recto y la vagina que se fija al sacro con puntos o Tackers.
- ☐ **Abordaje cerrado con asistencia robótica:** La cirugía consiste en el abordaje del abdomen utilizando la plataforma robótica mediante la introducción de trócares de 8-12mm a través de un mínimo de 4 pequeñas incisiones, creando un espacio tras la introducción de gas CO2. Se introduce una cámara e instrumental especial usando la técnica quirúrgica que no difiere de la habitual (cirugía laparoscópica/abierta). Después se separa el recto de la vagina y se coloca una malla entre el recto y la vagina que se fija al sacro con puntos o Tackers.

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

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia, de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados. De todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha informado que mediante este procedimiento se pretende reparar la protusión del recto hacia la de vagina provocada por el rectocele, así como los síntomas derivados de ello: dificultad para defecar, sensación de presión rectal o de tener el recto lleno, sensación de que el recto no se vació por completo después de defecar o alteraciones en las sexuales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN DE RECTOCELE

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Existen otras vías para la reparación del rectocele como la transabdominal. El enfoque que el cirujano escoja dependerá de varios factores, como la edad, otros problemas de salud, su experiencia y preferencias, así como el equipo disponible.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables, pero a veces no es así. 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

Riesgos frecuentes y poco graves: Sangrado, infección, retención aguda de orina, inflamación de las vías venosas.

Riesgos graves y poco frecuentes: fístula intestinal, fístula recto-vaginal (comunicación anómala entre el recto y la vagina), estenosis del recto (estrechamiento) e incontinencia a gases e incluso a heces. Pueden producirse alteraciones sexuales por estrechez de la vagina. Reproducción del rectocele e Intolerancia al material protésico (malla) que pueden obligar a su retirada . Alguna de estas complicaciones podría precisar la realización de un ano artificial temporal en el abdomen, con el fin de excluir el paso de las heces por el recto.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades.

CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA:

…….

El cirujano/a me ha informado de que existen diferentes técnicas para reparar la protusión del recto a través de la vagina por vía transanal, empleando suturas o grapadora, así como de las posibles complicaciones derivadas de cada una de ellas.

.....

¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:

.....

HOJA DE DECLARACIONES Y FIRMAS:

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

D./Dª:…… con DNI:……

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(REPARACIÓN DE RECTOCELE)** que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones
- Que 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.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntasquehecreídoconvenienteymehanaclaradotodaslasdudasplanteadas.
- Que 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. Por lo tanto autorizo cumulativamente (MARCAR CASILLA ☐) que:
- **Sí**☐ **No**☐ Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.
- **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.
- **Sí**☐ **No**☐ Autorizo a que la realización de mi procedimiento quirúrgico pueda ser filmado para ser utilizado con fines docentes, de investigación o de difusión del conocimiento científico.
- **Sí**☐ **No**☐ Autorizo que mi información clínica y los resultados obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación científica y docentes y para publicaciones científicas, de forma seudonimizada, (es decir sin nombre ni apellidos), todo ello en aras de la mejora de la efectividad clínica y la seguridad de los pacientes

- 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.

Firma del médico que informa Firma del paciente

Dr/a:…… D./Dª:……..

Colegiado nº …….. Fecha**:**

……

D./Dª:……, con DNI:……

en calidad de …… a causa de …….. doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha**:** ……

Denegación del consentimiento/rechazo de la intervención:

D./Dª: ……, con DNI: ……

NO AUTORIZO la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse en la evolución de la enfermedad del paciente y/o para su vida.

Firma del paciente Firma del representante

Fecha ……

Revocación del consentimiento:

D./Dª:……, con DNI:……

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente Firma del representante

Fecha ……